

	Modulo per la richiesta di ricovero urgente per pazienti da ambulatori e/o D.H. – D.S.	REV. 00 DEL 20/03/2015 PAG 1/1
--	---	--------------------------------------

Campo di applicazione: Il presente documento si applica a tutti quei pazienti che, afferiti ad un livello assistenziale diverso dal Ricovero Ordinario Urgente, ne determinano la necessità per improvvise sopravvenute cause cliniche non preventivabili

Palermo,/...../.....

Al Dirigente Medico P.S.

Cognome e nome del Medico richiedente N° Matricola

Unita Operativa

Chiede il ricovero urgente del paziente

Cognome e nome.....

Nato il a Provincia

Clinica di riferimento: mediamente critico presenza di rischio evolutivo possibile pericolo di vita

Specificare i sintomi/segni che determinano l'urgenza all'atto della presente richiesta.....

Proveniente da:

Presidio: Civico Di Cristina Altro _____

Visita ambulatoriale SSN (si allega copia della ricetta SSN e relazione clinica) eseguita in data...../...../.....

Visita ambulatoriale in ALP - fatt. N° eseguita in data...../...../..... (si allega relazione clinica)

Ricovero in: Day Hospital data accesso...../...../..... Lungodegenza

Paziente già inserito in lista di attesa per ricovero ordinario Si No Non noto

Firma del Medico richiedente n° badge.....

N.B. Il modulo di richiesta sarà accettato dal medico di PS solo se **compilato in tutte le sue parti** e completo degli allegati richiesti. Il medico di PS che accetta il ricovero è tenuto a segnalare nel verbale di ricovero generalità e N° matricola del medico richiedente. Una copia della presente richiesta, completa di allegati, deve essere inserita nella Cartella Clinica prodotta, un'altra copia dovrà essere inviata per opportuna conoscenza, alla Direzione Medica di Presidio. Il documento in originale sarà archiviato con il verbale di PS. La Cartella Clinica sarà oggetto di verifica interna di congruità con quanto descritto nel presente modulo.