



FORMULARIO D'AMMISSIONE

(p.f. da compilare a computer)

Cognome: _____ Nome: _____ M F

Via e no.: _____ CAP e luogo: _____

Data di nascita: _____ Telefono: _____ Cellulare _____

Persona di contatto: _____ Telefono: _____ Cellulare: _____

Ricovero

Data: _____ Ora: _____ Durata prevista: _____ notti

Ambulante Day-Hospital Degente **Camera:** _____ **Isolamento?:** sì no



In caso di intervento chirurgico specificare il criterio a favore dell'esecuzione in regime stazionario
(secondo nuova ordinanza del DFI in vigore dal 01.01.2019):

Provenienza: Domicilio Altro: _____

Motivo entrata: Malattia Infortunio

Specialità: Medicina Oncologia Chirurgia Ortopedia Geriatria Reumatologia

Medico in clinica: _____ Medico inviante _____

Medico di famiglia: _____

Dati assicurativi / garante

Assicurazione di **base** _____

Classe

C SP P

Ass. **complementare:** _____

Autopagante: Deposito: Chf: _____ Cambio classe: P SP

Ass. **infortunio:** _____ N° infortunio: _____

Datore di lavoro: _____ Luogo: _____ Tel.: _____

Diagnosi

Diagnosi: _____

Diagnosi Sec.: _____



Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Intervento

Intervento: _____

Lateraltà: destro sinistro

Data intervento: _____ Durata prevista _____ minuti:

Osservazioni per i reparti e i servizi

Sala operatoria:	- posizione del paziente:	
	- comunicazioni al team anestesia:	
	- materiale	

Labor: eseguito Da eseguire il: _____ Type and screen

Altro: Cell saver Cure intense previste

Anestesia proposta:

Gestita dall'anestesista

Gestita dal chirurgo

Totale

MAC

Locale

Nessuna anestesia

ALR (spinale, epidurale, plesso)

Tronculare

Altro: _____

Visita anestesiologicala pre operatoria: già eseguita da eseguire

Profilassi antibiotica pre operatoria:

profilassi Antibiotica secondo linee guida interne della Clinica

nessun antibiotico per il seguente motivo: _____

altro antibiotico: _____

ATTENZIONE! Se l'AB non è specificato l'anestesista applicherà le linee guida interne della clinica

Informazioni importanti:

(esami da eseguire, allergie, ecc.) _____

Data: _____ Firma e timbro: _____

Da inviare tramite fax (091 960 87 61) o e-mail (segretariato.medico@moncucco.ch)