

	Post Operatorio	Mod. 0332	Pag. 1 di 2
	LETTERA DI DIMISSIONE	Parola chiave: <i>lettera dimissione</i>	
		Rev. 00	del 18/10/2024

Alla cortese attenzione del Medico Curante

Paziente _____

Nato/a il: _____ a: _____

È stato/a ricoverato/a presso questa Casa di Cura dal _____ al _____

Sottoposto ad **intervento di** _____

nella modalità di ☐ **Ricovero Ordinario** ☐ **Day Surgery** ☐ **Chirurgia ambulatoriale**

per _____

L'**intervento** è stato eseguito dal Dott. _____ che può essere reperito in caso di necessità al seguente **numero telefonico**: _____

L'**anestesia** è stata di tipo _____

Nell'immediato **post operatorio** il decorso è stato: _____

Indicazioni post operatorie: _____

Terapia al domicilio: _____

	Post Operatorio	Mod. 0332	Pag. 2 di 2
	LETTERA DI DIMISSIONE	Parola chiave: <i>lettera dimissione</i>	
		Rev. 00	del 18/10/2024

Possibili complicanze: _____

In caso di **dolore eccessivo, sanguinamento, gonfiore, disturbi della motilità, turbe dell'alvo o della diuresi o altro fenomeno di rilievo** deve rivolgersi al medico di riferimento al numero di telefono indicato o alla **Nuova Casa di Cura Sant'Anna tel. 0142 334611** o recarsi al dipartimento di emergenza dell'Ospedale più vicino al luogo di domicilio per le cure del caso informando comunque la Casa di Cura ed il chirurgo operatore. Potrà anche consigliarsi con il suo medico curante.

Ripresa normali abitudini di vita e attività lavorativa:

Il paziente potrà riprendere le normali abitudini di vita entro _____ giorni.

Potrà riprendere l'attività lavorativa dopo _____ giorni dall'intervento salvo ulteriori istruzioni.

Visita di controllo: il _____ presso _____

I controlli e le medicazioni entro il 30 giorni dall'intervento rientrano nel ciclo di trattamento assicurato dal S.S.N. e pertanto senza oneri finanziari a carico del paziente e senza necessità di ulteriore richiesta/impegnativa del medico curante.

Data _____

Timbro e Firma del Chirurgo Operatore
