

	Direzione Sanitaria PROGRAMMAZIONE RICOVERI DI CHIRURGIA	Mod. 0404	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: programm	
		Rev. 00	del 03/02/2026

**AL DIRETTORE SANITARIO
NUOVA CASA DI CURA SANT'ANNA S.r.l.**

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
RECAPITO TELEFONICO	

PROPOSTA DI INTERVENTO CHIRURGICO

DIAGNOSI	
INTERVENTO	
IMPIANTI/STRUMENTARI	
DURATA INTERVENTO	
GIORNI DI RICOVERO	
TIPO DI RICOVERO	
REGIME DI RICOVERO	
PRERICOVERO	
CLASSE PRIORITA'	
ANAMNESI	
ALLERGIE	
ANTICOAGULANTI	
PREVISTE TRASFUSIONI	
DIMISSIONE	

EVENTUALI NOTE

MEDICO PROPONENTE:	
DATA	

Inviare a mezzo mail al seguente indirizzo: prericoveri@santannacasale.it