

Dati del paziente

Nome e cognome: _____ Nato/a a _____

Il _____ Residenza: _____ Cittadinanza: _____

Telefono: _____ Codice Fiscale _____

Proposta di ricovero urgente

Data: _____ Ora: _____

Ambulatorio / settore di provenienza: _____

Si richiede ricovero urgente in reparto: _____

Motivazioni per il ricovero urgente (diagnosi di ingresso):

Indicazioni per il reparto:

Paziente già in lista per ricovero programmato: SI NO

Medico proponente (timbro e firma)

Il presente modulo deve essere utilizzato per il ricovero urgente non da Pronto Soccorso (accesso diretto urgente), compilato dallo specialista ambulatoriale o di altro servizio che rileva la necessità di ricovero specialistico urgente presso il reparto di degenza di riferimento, in assenza di condizioni che richiedano l'assistenza in Pronto Soccorso. Il reparto accettante, durante l'accettazione amministrativa su ADT, dovrà indicare i dati del medico proponente e la motivazione del ricovero urgente negli appositi campi della schermata di accettazione.