

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Sezione 1

Ospedale | | | | | | | | | | | | N. SDO | | | | | | | | | |

Cognome | | | | | | | | | | | | Nome | | | | | | | | | |

Data nascita | | | | | | | | | | Sesso

M	F	9
---	---	---

Comune di Nascita | | | | | | | | | | | | Cittad. | | | | | | | | | |

Residenza:

Regione | | | | | ASL | | | | | Comune | | | | | | | | | |

Domicilio paziente straniero:

Re | | | | | AS | | | | | Co | | | | | | | | | | | | | | | |
gio | | | | | L | | | | | mu | | | | | | | | | | | | | | | |
ne | | | | | | | | | | ne | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice Sanitario Individuale (CF/STP/ENI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice TEAM Id. Personale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numero Tessera TEAM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numero Id. Istituzione TEAM | | | | | | | | | | | | | | | |

Data scadenza TEAM | | | | | | | | | | | |

Stato Civile			Titolo di Studio								
1	Celibe/Nubile	2	Coniugato/a	3	Separato/a	0	Nessuno titolo	1	Licenza element.	2	Media Inf.
4	Divorziato/a	5	Vedovo/a	6	Non dichiarato	3	Media Sup.	4	Diploma univ. o laurea breve	5	Laurea
						9	Non dichiarato				

N. SDO puerpera | | | | | | | | | |

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Sezione 2

Ospedale N. SDO

Regime Ricovero	Tipo di ricovero ordinario				Peso alla nascita <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 Ordinario	<input type="checkbox"/> 1 Programmato non urgente	<input type="checkbox"/> 2 Urgente	<input type="checkbox"/> 4 Programmato con preospedalizzaz.	
		<input type="checkbox"/> 3 TSO	<input type="checkbox"/> 5 Parto non urgente		
<input type="checkbox"/> 2 Diurno	Motivo del ricovero diurno			Gg. ric. diurno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 1 Diagnostico	<input type="checkbox"/> 2 Chirurgico	<input type="checkbox"/> 4 Riabilitativo		
	<input type="checkbox"/> 3 Terapeutico				

Data/ora ricovero :

UO Ammissione

Data di Prenotazione	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Classe di Priorità	A 30 gg	B 60 gg
			C 180 gg	D 12 m
CF Med. Pres.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Provenienza Paziente			
<input type="checkbox"/> 01 Nascita	<input type="checkbox"/> 02 Pronto soccorso	<input type="checkbox"/> 03 Medico di base	<input type="checkbox"/> 04 Progr.stesso Ist.
<input type="checkbox"/> 05 Trasn. da Ist. Pub.	<input type="checkbox"/> 06 Trasn. da Istit. Priv. Accr.	<input type="checkbox"/> 07 Trasn. da Ist. Priv. non Accr.	<input type="checkbox"/> 08 Trasn. da altro tipo Attività o Reg. stesso Ist.
<input type="checkbox"/> 09 Carcere	<input type="checkbox"/> 10 Prov. Da Strutt. Resid. Terr.	<input type="checkbox"/> 11 Senza proposta medico e non da PS	<input type="checkbox"/> 12 OBI
<input type="checkbox"/> 99 Altro			

Onere della degenza			
<input type="checkbox"/> 1 SSN	<input type="checkbox"/> 4 Senza Oneri SSN	<input type="checkbox"/> 7 SSN Stranieri Paesi Conv.	<input type="checkbox"/> 9 Altro
<input type="checkbox"/> 2 Spese Alb. Caric. Paz.	<input type="checkbox"/> 5 Libera Professione Carico Paz.	<input type="checkbox"/> 8 SSN Stranieri Indigenti	
	<input type="checkbox"/> 6 Libera Prof. e Spese Alb. Carico Paz.	<input type="checkbox"/> A Min. Interno Stranieri Indigenti	
	<input type="checkbox"/> Separato Rimborso Farmaci oncologici		

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data/ora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	UO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnosi principale alla dimissione

Codice e descrizione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Presente al ricovero	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="N"/>	Lateralità	<input type="text" value="Destra"/>	<input type="text" value="Sinistra"/>	<input type="text" value="Bilaterale"/>

Stadiazione condensata

<input type="text" value="1"/>	Tumore localizzato. confinato. organo. orig	<input type="text" value="4"/>	Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali	<input type="text" value="7"/>	Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
<input type="text" value="2"/>	Infiltrazione locale extraorgano	<input type="text" value="5"/>	Metastasi a distanza	<input type="text" value="8"/>	Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
<input type="text" value="3"/>	Metastasi ai linfonodi regionali	<input type="text" value="6"/>	Metastasi ai linfonodi non regionali	<input type="text" value="9"/>	Ignoto
Ospedale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N. SDO	<input type="text"/>

Diagnosi secondaria 1

Codice e descrizione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Presente al ricovero	<input type="text" value="S"/>	<input type="text" value="N"/>	Lateralità	<input type="text" value="Destra"/>	<input type="text" value="Sinistra"/>	<input type="text" value="Bilaterale"/>

Stadiazione condensata

<input type="text" value="1"/>	Tumore localizzato. confinato. organo. orig	<input type="text" value="4"/>	Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali	<input type="text" value="7"/>	Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
<input type="text" value="2"/>	Infiltrazione locale extraorgano	<input type="text" value="5"/>	Metastasi a distanza	<input type="text" value="8"/>	Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
<input type="text" value="3"/>	Metastasi ai linfonodi	<input type="text" value="6"/>	Metastasi ai linfonodi non regionali	<input type="text" value="9"/>	Ignoto

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Diagnosi secondaria 4					
Codice e descrizione					
Presente al ricovero	S	N	Lateralità	Destra	Sinistra Bilaterale
Stadiazione condensata					
1	Tumore localizzato. confinato. organo. orig	4	Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali	7	Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
2	Infiltrazione locale extraorgano	5	Metastasi a distanza	8	Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
3	Metastasi ai linfonodi regionali	6	Metastasi ai linfonodi non regionali	9	Ignoto

Diagnosi secondaria 5					
Codice e descrizione					
Presente al ricovero	S	N	Lateralità	Destra	Sinistra Bilaterale
Stadiazione condensata					
1	Tumore localizzato. confinato. organo. orig	4	Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali	7	Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
2	Infiltrazione locale extraorgano	5	Metastasi a distanza	8	Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
3	Metastasi ai linfonodi regionali	6	Metastasi ai linfonodi non regionali	9	Ignoto

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Intervento principale											
Codice e descrizione											
Data e ora.											:
Id. Chirurgo											
Id. Chirurgo											
Id. Chirurgo											
Id. Anestesista											
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile								
Esterno	S	N	Laterale	Destra	Sinistra	Bilaterale					

Ospedale N. SDO

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Id. Chirurgo																				
Id. Chirurgo																				
Id. Anestesista																				
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile																	
Esterno	S	N	Lateraltà	Destra	Sinistra	Bilaterale														

Ospedale | | | | | | | | | | N. SDO | | | | | | | | | |

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Id. Chirurgo												
Id. Chirurgo												
Id. Anestesista												
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile									
Esterno	S	N	Laterali	Destra	Sinistra	Bilaterale						

Ospedale N. SDO

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Id. Chirurgo												
Id. Chirurgo												
Id. Anestesista												
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile									
Esterno	S	N										
		Laterali	Destra	Sinistra	Bilaterale							

Ospedale N. SDO

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

go												
Id. Chirurgo												
Id. Chirurgo												
Id. Anestesista												
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile									
Esterno	S	N	Laterale	Destra	Sinistra							

Ospedale N. SDO

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Id. Chirurgo												
Id. Chirurgo												
Id. Anestesista												
Check List Sala Op.	S	N	Non applicabile									
Esterno	S	N	Laterale	Destra	Sinistra	Bilaterale						

Informazioni ricovero

Rilevazione dolore S N Pressione arteriosa sistolica Creatinina serica

Frazione di eiezione

Altre informazioni ricovero

Tipo alta specialità S Flag disabile adulto S

Ospedale N. SDO

Accessi in DH

Data accesso1	<input type="text"/>	Data accesso2	<input type="text"/>
Data accesso3	<input type="text"/>	Data accesso4	<input type="text"/>

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

Data accesso5																					Data accesso6																				
Data accesso7																					Data accesso8																				
Data accesso9																																								

Endoprotesi

Cod. Naz. Dispositivi Medici				Numero Repertorio															
Cod. Naz. Dispositivi Medici				Numero Repertorio															
Cod. Naz. Dispositivi Medici				Numero Repertorio															
Cod. Naz. Dispositivi Medici				Numero Repertorio															
Cod. Naz. Dispositivi Medici				Numero Repertorio															

Accompagnatore 1

Cognome e Nome | Sesso

M	F	9
---	---	---

 Data Nascita |

Comune di Nascita | Citta ad. |

Codice Sanitario Individuale | Reg. Resid. |

Primo Periodo		Secondo Periodo		Terzo Periodo	
Inizio		Inizio		Inizio	
Fine		Fine		Fine	

Accompagnatore 2

Cognome e Nome | Sesso

M	F	9
---	---	---

 Data Nascita |

Comune di Nascita | Citta ad. |

Codice Sanitario Individuale | Reg. Resid. |

Terzo Periodo

P r i m o P e r i o d o

P n d i o d o

P e r i o d o

In iz | In iz | In iz |

Scheda di Dimissione Ospedaliera

<logo Azienda / IRCCS / Ente / Casa di Cura>

io Fi n e								io Fi n e								io Fi n e						

Data

**Il Medico Responsabile della
Dimissione**

**Il Responsabile della Codifica
(se diverso dal medico responsabile della dimissione)**