

|                                                                                                                         |                                                          |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>A.O. S. Croce e Carle<br/>Cuneo</p> | <b>MOD_100</b><br><b>Proposta di ricovero/intervento</b> | Data prima emissione:<br><br>Data ultima revisione:<br>18/08/2025<br><br>Revisione n. 05 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Si propone il ricovero per intervento chirurgico presso la **STRUTTURA** \_\_\_\_\_  
 In regime di ricovero: ☐ **ORDINARIO** ☐ **DAY SURGERY** ☐ **DS con pernottamento**  
☐ **Blocco operatorio**

del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_\_

visitato/a in data \_\_\_\_\_ (allegare la copia del referto di visita ambulatoriale nel quale è stata data indicazione all'intervento chirurgico)

**DIAGNOSI di RICOVERO:**

\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO PROPOSTO:**

\_\_\_\_\_

**DATI ANAMNESTICI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESAMI PRE-OPERATORI** : ☐ **EMATICI** ☐ **ECG**

☐ **RX TORACE** (non fumatore con età > 65 aa/fumatore con età >45 aa/paz con BPCO) ☐ **valutazione anestes.**

☐ **Preparazione intestinale:** \_\_\_\_\_

**DIABETE:** ☐ **NO**

☐ **SI, compilazione scheda PDTA "diabete in chirurgia "solo per i pazienti di area chirurgica** ☐

**Fattori di rischio cardiovascolare** ☐ **NO** ☐ **SI** \_\_\_\_\_ ☐ **PM/ICD Impiantato**

**Terapia antiaggregante/anticoagulante:** ☐ \_\_\_\_\_ ☐ **non sospensione** ☐ **sospensione**

**Profilassi TVP Eparina b.p.m.** ☐ \_\_\_\_\_ **ALLERGIE:** \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_

☐ **ANESTESIA LOCALE**

☐ **necessità di RADIOLOGIA**

**Tempi chirurgici previsti** (da indicare solo se diversi dai tempi standard): \_\_\_\_\_

**CLASSE DI PRIORITA':** ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **D**

Consegnata nota informativa specifica per l'intervento.

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data**

**Precitazione per la lettura:** all'interno di questo documento, laddove non sia possibile utilizzare forme collettive, l'uso del maschile viene impiegato con valenza "neutra", ampia e rappresentativa, declinato al singolare a prescindere dal genere della persona.

\_\_\_\_\_

**Firma e timbro del medico**