



1.Codice Istituto di Cura (HSP11)		2.SDO n.		3.SDO della Puerpera	
4.Cognome		5.Nome		6.Sesso	7.Data nascita

8.Comune nascita				
9.Identificativo paziente		10.Presenza codice	11.Tipo Identificativo	12.ASL residenza
13.Regione residenza		14.Cittadinanza	15.Stato Civile	16.Livello di istruzione
17.Comune di Residenza				

18.Parametri Assistiti	Team	Eni	STP
Data rilascio			
Data scadenza			
Rilasciato da			
Numero Identificativo Istituzione			
Numero Identificativo Team			

19.Regime ricovero	20.Tipo ricovero	21.Onere degenza
22.Provenienza assistito	23.Data prenotazione	24.Motivo DH
25.Classe priorità		26.N. Accessi DH

27.Dati del Ricovero	Data	Ora	28.Disciplin UO	29.Progressivo UO	30.Codice Istituto
Ammissione					
Trasferimento int/est 1					
Trasferimento int/est 2					
Trasferimento int/est 3					
Trasferimento int/est 4					
Trasferimento int/est 5					
Trasferimento int/est 6					
Dimissione					

31.Modalità dimissione		32.Riscontro autoptico			
33.Date dei singoli accessi in DH (gg/mm)					
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42

34.Diagnosi	35.Codice ICD9CM	36.Presente al ricovero	37.Lateralità	38.Stadiazione condensata
Principale	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]
Secondaria 1	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]
Secondaria 2	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]
Secondaria 3	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]
Secondaria 4	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]
Secondaria 5	[codice]	[codice]	[codice]	[codice]

39.Rilevazione dolore	40.Traumatismi-Intossicazioni	41.Cod. E causa esterna	42.Frazione di eiezione
43.Peso alla nascita	44.Pressione arteriosa sistolica	45.Creatinina serica	

46.Interventi	47.ICD9CM	Data inizio	Ora inizio	48. Service	49. Check list	50. Lateralità	51. CF anestesista	52. CF chirurgo A	53. CF chirurgo B	54.CF chirurgo C
Intervento Principale										
Secondario 1										
Secondario 2										
Secondario 3										
Secondario 4										
Secondario 5										
Secondario 6										
Secondario 7										
Secondario 8										
Secondario 9										
Secondario 10										

Firma del Medico che dimette _____

Firma Responsabile U.O. _____