

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

LRT 24 febbraio 2005, n.40

Regione 090- Azienda 091

MODULO RICHIESTA CONSULENZA INTERNA PER PAZIENTI RICOVERATI

UO/SD richiedente _____ Codice SIS _____

Medico richiedente _____

Data richiesta ____/____/____

Telefono _____ Fax _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ N. nosologico (SDO) _____

Prestazione/i richiesta/e _____

Quesito clinico _____

Prestazione Urgente?	SI	NO	Stabilimento _____
Da effettuarsi:	nei locali della UO/SD erogante	al letto del degente	Edificio _____ Piano _____ Letto n. _____

Timbro UO/SD

Firma Medico richiedente

UO/SD erogante _____ Codice SIS _____

Medico di riferimento _____

Data erogazione ____/____/____

Prestazione/i erogata/e _____

Timbro UO/SD

Firma Medico Erogante

UO/SD RICHIEDENTE

UO/SD EROGANTE