

**INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA**Specialità 

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \*  
\_\_\_\_\_Luogo di nascita \*  
\_\_\_\_\_Data di nascita  
\_\_\_\_\_Luogo di residenza \*  
\_\_\_\_\_Provincia \*  
\_\_\_\_\_*\* Da compilare per pazienti non residenti in Regione Piemonte*

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo  
\_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

codice \_\_\_\_\_

Intervento proposto \_\_\_\_\_

codice \_\_\_\_\_

Tipo ricovero

 Ordinario One day surgery Day surgery Chirurgia ambulatoriale complessa

Classe di priorità

 A B C D

Proposta anestesia locale

 SI NO Intervento in Libera Professione

Data prenotazione \_\_\_\_\_

Utente Medico proponente  
\_\_\_\_\_*Per presa visione dell'informativa di gestione della lista d'attesa per intervento chirurgico.*

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA MEDICO PROPONENTE  
\_\_\_\_\_FIRMA UTENTE  
\_\_\_\_\_

## Compilazione a cura del medico proponente

### STATO SALUTE

- Utente in salute
- Utente con malattia sistemica moderata
- Utente con malattia sistemica severa

### LIVELLO DI AUTONOMIA

- Utente autosufficiente
- Utente non autosufficiente

### ESAMI RICHIESTI DAL MEDICO SPECIALISTA

Esami secondo profilo  Bassa/media complessità  Alta complessità

### NOTE