

DIMISSIONE

Data \_\_\_\_\_

Quadro clinico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosi all’uscita \_\_\_\_\_

Terapia effettuata \_\_\_\_\_

Decorso clinico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL MEDICO \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO

Autorizzo l’indagine, il trattamento medico o chirurgico e relativa anestesia ritenuti necessari dai Sanitari dell’Ospedale, nell’interesse mio / della paziente resi edotti del tipo di indagine, di trattamento e degli eventuali rischi connessi.

Data\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Testimonio \_\_\_\_\_

Attesto \_\_\_\_\_ di uscire \_\_\_\_\_  
che la paziente esce

da questo Ospedale sotto la mia responsabilità e controilparere dei Sanitari. Sotto-

scrivendo questa dichiarazione mi assumo ogni rischio, liberando da ogni responsabilità ilpersonale dell’Ospedale.

FIRMA

Data\_\_\_\_\_

Sono stata avvertita di ritirare l’esito dell’esame istologico presso il reparto tra 15 gg.

Data\_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
**A.S.L. CITTA’ di TORINO**  
**OSPEDALE MARIA VITTORIA**  
**S.C. Ostetricia e Ginecologia**  
**Direttore: Dott.B.Contino**  
**S.S. Ginecologia**  
Responsabile: Dott. A.Bottero

LETTO

ENTRATA \_\_\_\_\_  
USCITA \_\_\_\_\_  
N. REGISTRO \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
DAY SURGERY

EMOGRUPPO

Rh

CONIUGE

Diabete ☐

Emopatia ☐

Gemellarità ☐

Altre \_\_\_\_\_

ANAMNESI PERSONALE

Menarca \_\_\_\_\_ Mestruazioni successive \_\_\_\_\_ Contraccettivi \_\_\_\_\_

SIEROLOGIA { Toxotest \_\_\_\_\_ Rubeotest \_\_\_\_\_ Allergie alimenti: si ☐ no ☐

VDRL \_\_\_\_\_ HBSAg \_\_\_\_\_ Allergie a farmaci: si ☐ no ☐

Altri \_\_\_\_\_ Anti HIV \_\_\_\_\_ antipiretici ☐ \_\_\_\_\_ antibiotici ☐

Trasfusioni \_\_\_\_\_ anestetici ☐ \_\_\_\_\_ altrii ☐

PARITA'

ANNO	DURATA	COMPLICAZIONI IN GRAVIDANZA	PARTO O ABORTO	PUERPERIO	Allattamento	NEONATO (sesso - peso - stato)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

DIAGNOSI ALL’INGRESSO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Altezza m. \_\_\_\_\_ Peso attuale \_\_\_\_\_

Costituzione \_\_\_\_\_ Peso iniziale \_\_\_\_\_

Stato generale \_\_\_\_\_

Cute \_\_\_\_\_

Mucose \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Polso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Cuore \_\_\_\_\_

Organi addominali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Varici \_\_\_\_\_

Edemi \_\_\_\_\_

Proteinuria \_\_\_\_\_

P.A.

/

ESAMI RADIOLOGICI E DI LABORATORIO ESEGUITI PRECEDENTEMENTE AL RICOVERO  
ATTINENTI L'ATTUALE FORMA MORBOSA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VISITA GINECOLOGICA

Data \_\_\_\_\_ U.M. \_\_\_\_\_

MAMMELLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D

S

1

2

3

4

5

2

1

4

3

5

ESPLORAZIONE PELVICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ATTO OPERATORIO

Data \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_ Assistenti \_\_\_\_\_

Strumentista \_\_\_\_\_

Anestesista \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_

DIAGNOSI OPERATORIA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIPO DI INTERVENTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESAMI ISTOLOGICI RICHIESTI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSI AL CONGELATORE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DRENAGGI

Tipo

Regione drenata

Uscita

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_