



CASA DI CURA PRIVATA  
**SANTA TERESA**

ISOLA DEL LIRI

**Ortopedia e Traumatologia - Day Surgery - Chirurgia Ambulatoriale**



**MODULO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

Compilazione da parte del "Paziente"

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita..... Codice Fiscale: .....

Numero di Telefono: ..... E-mail:.....

Medico Curante ..... **Data Presa in Carico** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Compilazione da parte del "Medico Specialista"

Data Visita Chirurgica..... Medico Chirurgo:.....

Diagnosi ..... ICD-9-CM.....

Intervento Chirurgico: ..... ICD-9-CM.....

Setting assistenziale:  RICOVERO ORDINARIO  DAY SURGERY  APA

Classe di Priorità:  A  B  C  D

- **Classe A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque, da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe C:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe D:** ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Rischio Operatorio alla Preospedalizzazione:  ASA I  ASA II  ASA III  ASA IV

- **ASA I** - Paziente in buone condizioni di salute, senza malattie sistemiche, organiche o psichiatriche
- **ASA II** - Paziente con malattia sistemica modesta, di lieve entità, senza limitazioni funzionali
- **ASA III** - Paziente con malattia sistemica grave, che limita l'attività ma non comporta invalidità
- **ASA IV** - Paziente con grave malattia sistemica e rischio di morte

**FIRMA DEL PAZIENTE** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_