

Fac simile SDO 2016

Regione Piemonte	ASL territoriale	Codice ASR	Struttura di ricovero	SDO n.
------------------	------------------	------------	-----------------------	--------

Cognome		Regione di residenza		Stato civile	Livello di istruzione
Nome		Comune di residenza		<input type="checkbox"/> 1 - Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> 2 - Coniugato <input type="checkbox"/> 3 - Separato <input type="checkbox"/> 4 - Divorziato <input type="checkbox"/> 5 - Vedovo <input type="checkbox"/> 6 - Non dichiarato	<input type="checkbox"/> 0 - Nessun titolo <input type="checkbox"/> 1 - Licenza elementare <input type="checkbox"/> 2 - Dipl. scuola media inf. <input type="checkbox"/> 3 - Dipl. scuola media sup. <input type="checkbox"/> 4 - Dipl. univ. o Laurea breve <input type="checkbox"/> 5 - Laurea o superiore <input type="checkbox"/> 9 - Non dichiarato
Sesso	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F	N. Tessera TEAM-ENI-STP			
Data di nascita		Data rilascio (escluso TEAM)			
Comune di nascita		Data scadenza		Tipo professione	Condizione prof.le
Cittadinanza		Istituto emittente		<input type="checkbox"/> 01 - Dipendente <input type="checkbox"/> 02 - Imprenditore <input type="checkbox"/> 03 - Libero professionista <input type="checkbox"/> 04 - Lavoratore in proprio <input type="checkbox"/> 05 - Coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> 06 - Socio di cooperativa <input type="checkbox"/> 07 - Parasubordinato <input type="checkbox"/> 08 - Altro <input type="checkbox"/> 09 - Non indicato	<input type="checkbox"/> 1 - Occupato <input type="checkbox"/> 2 - Disoccupato <input type="checkbox"/> 3 - In cerca prima occupazione <input type="checkbox"/> 4 - Casalinga <input type="checkbox"/> 5 - Studente <input type="checkbox"/> 6 - Ritirato dal lavoro <input type="checkbox"/> 7 - Non dichiarato <input type="checkbox"/> 9 - Altro
Codice identificativo		Qualifica beneficiario (solo per TEAM)			
Tipo identificativo	<input type="checkbox"/> 0 - CF <input type="checkbox"/> 1 - STP <input type="checkbox"/> 2 - ENI <input type="checkbox"/> 3 - TEAM <input type="checkbox"/> 9 - Non censito	Riferimento normativo (escluso STP)			
ASL di residenza		Attestato (solo per TEAM)			

Regime di ricovero	Tipo ricovero ordinario	Provenienza	Onere degenza
<input type="checkbox"/> 1 - Ordinario <input type="checkbox"/> 2 - DH <input type="checkbox"/> 3 - One day surgery <input type="checkbox"/> Z - Osp. dom.	<input type="checkbox"/> 1 - programmato <input type="checkbox"/> 2 - urgente <input type="checkbox"/> 3 - TSO <input type="checkbox"/> 4 - programmato con pre ospedalizz. <input type="checkbox"/> 5 - non programmato per parto	<input type="checkbox"/> 01 - Nascita <input type="checkbox"/> 02 - da PS <input type="checkbox"/> 03 - proposta medico <input type="checkbox"/> 04 - programmato <input type="checkbox"/> 05 - ospedale pubblico <input type="checkbox"/> 06 - privato accreditato <input type="checkbox"/> 07 - privato non accr. <input type="checkbox"/> 08 - altro regime stesso ospedale <input type="checkbox"/> 09 - carcere <input type="checkbox"/> 10 - strutt. residenziale <input type="checkbox"/> 11 - senza proposta e non da PS <input type="checkbox"/> 12 - da OBI <input type="checkbox"/> 22 - da 118 <input type="checkbox"/> 99 - altro <input type="checkbox"/> B - prosecuzione USV <input type="checkbox"/> C - ricovero in post-acuzie in continuità assistenziale	<input type="checkbox"/> 1 - SSN <input type="checkbox"/> 2 - SSN + differenza alberghiera <input type="checkbox"/> 4 - Pagante <input type="checkbox"/> 5 - L.P. senza differenza alberghiera <input type="checkbox"/> 6 - L.P. + differenza alberghiera <input type="checkbox"/> 7 - a carico SSN stranieri da Paese convenzionato <input type="checkbox"/> 8 - a carico SSN per stranieri + dichiarazione indigenza <input type="checkbox"/> 9 - altro <input type="checkbox"/> A - stranieri + Ministero Interni + dichiarazione indigenza <input type="checkbox"/> B - SASN <input type="checkbox"/> C - AIRE
Data prenotazione	Motivo ricovero diurno		Libera professione
	<input type="checkbox"/> 1 - diagnostico <input type="checkbox"/> 3 - terapeutico <input type="checkbox"/> 4 - riabilitativo <input type="checkbox"/> 5 - day surgery senza pernottamento <input type="checkbox"/> 6 - day surgery con pernottamento		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1 - 50% a carico del SSN <input type="checkbox"/> 2 - 25% a carico del SSN <input type="checkbox"/> 3 - 0% a carico del SSN
Classe di priorità	N. giorni (accessi) DH		
<input type="checkbox"/> A - entro 30 gg. <input type="checkbox"/> B - entro 60 gg. <input type="checkbox"/> C - entro 180 gg. <input type="checkbox"/> D - entro 365 gg.			

N. scheda 118	N. SDO puerpera	Peso alla nascita	Ospedale provenienza (cod. HSP11 e bis)	N. gg. In istituto	N. passaggi personale non medico	N. visite mediche

N. gg. permesso	Ricovero ripetuto	TSO durante ricovero in SPDC	Rilevazione del dolore	Ricovero oltre 365 gg.	Allattamento
<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 11 - al seno, esclusivo <input type="checkbox"/> 12 - al seno, prevalente <input type="checkbox"/> 13 - al seno, parziale <input type="checkbox"/> 21 - artificiale per agalattia <input type="checkbox"/> 22 - art. per blocco iatrogeno <input type="checkbox"/> 23 - art. per blocco prenatale <input type="checkbox"/> 24 - art. per blocco postnatale <input type="checkbox"/> 31 - dato non reperibile

Modalità di dimissione	<input type="checkbox"/> 01 - decesso <input type="checkbox"/> 02 - domicilio <input type="checkbox"/> 03 - c/o struttura. Residenziale <input type="checkbox"/> 04 - domicilio + ADI	<input type="checkbox"/> 05 - volontaria <input type="checkbox"/> 06 - c/o struttura per acuti <input type="checkbox"/> 07 - altro regime stessa struttura	<input type="checkbox"/> 08 - c/o str. postacuzie o da TIN vs. altro rep. pediatr. <input type="checkbox"/> 09 - c/o CAVS <input type="checkbox"/> B - chiusura convenzionale per USV	Riscontro autoptico <input type="checkbox"/> 1 - SI <input type="checkbox"/> 2 - No
------------------------	--	--	---	---

Date accessi in DH					
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
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78

Data e sigla del medico

Regione Piemonte	ASL territoriale	Codice ASR	Struttura di ricovero	SDO n.
------------------	------------------	------------	-----------------------	--------

Fase del ricovero	Data	Ora	Codice UO	Sub codice UO multispecialistica	Ospedale di trasferimento	
					Cod. HSP11	Cod. HSP 11 bis
Ammissione						
Trasf. int. 1						
Trasf. int. 2						
Trasf. int. 3						
Trasf. int. 5						
Trasf. int. 5						
Dimissione						
Trasf. est. 1 U						
Trasf. est. 1 R						
Trasf. est. 2 U						
Trasf. est. 2 R						
Trasf. est. 3 U						
Trasf. est. 3 R						
Trasf. est. 4 U						
Trasf. est. 4 R						
Trasf. est. 5 U						
Trasf. est. 5 R						

U = uscita e R = rientro

Diagnosi	Codice e descrizione	Presente all'ammissione	Stadiazione condensata	Traumatismo o intossicazione
Principale		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 - t. localizzato, confinato organo <input type="checkbox"/> 2 - infiltrazione locale extra organo <input type="checkbox"/> 3 - mts. LN regionali <input type="checkbox"/> 4 - opzione 2 + opzione 3 <input type="checkbox"/> 5 - mts. a distanza <input type="checkbox"/> 6 - mts. LN extra regionali <input type="checkbox"/> 7 - non confinato ma ignoto se 2, 3, 4, 5 o 6 <input type="checkbox"/> 8 - non invas. org. distanti ma ignoto se 1, 2, 3 o 4 <input type="checkbox"/> 9 - ignoto	<input type="checkbox"/> 1 - infortunio lavor. <input type="checkbox"/> 2 - infortunio dom. <input type="checkbox"/> 3 - incid. stradale <input type="checkbox"/> 4 - violenza altrui <input type="checkbox"/> 5 - anticonservativo <input type="checkbox"/> 9 - altro
Sec. 1		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sec. 2		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sec. 3		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sec. 4		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sec. 5		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Farmaco oncologico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Codice E → Malattie rare e/o croniche ↓

Codice protesi	Quantità protesi	P.A. sistolica	Creatinina serica	Frazione di eiezione	Euroscore
----------------	------------------	----------------	-------------------	----------------------	-----------

Intervento	Codice (descrizione)	Data inizio	Ora inizio	Data fine	Ora fine	Check list	In service	Robot
Principale						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sec. 1						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sec. 2						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sec. 3						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sec. 4						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sec. 5						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Codice intervento	Codice fiscale			
	Anestesista	Chirurgo A	Chirurgo B	Chirurgo C

Data	Firma del medico
------	------------------