Az. Osp. – Univ. Pisana LRT 24 febbraio 2005, n.40 *Regione 090- Azienda 091*	**MODULO RICHIESTA CONSULENZA INTERNA PER PAZIENTI RICOVERATI**	**T02/PA233** Rev.00 del 05/10/2022 Pag. 1 di 1

UO/SD RICHIEDENTE

UO/SD RICHIEDENTE			**Codice SIS**
MEDICO RICHIEDENTE			
DATA RICHIESTA			
TELEFONO		**FAX**	
COGNOME		**NOME**	
DATA DI NASCITA		**CF**	
PRESTAZIONE/I RICHIESTA/E			
QUESITO CLINICO			
PRESTAZIONE URGENTE?	❒ **SI**	❒ **NO**	
DA EFFETTUARSI:	❒ **NEI LOCALI DELLA UO/SD EROGANTE**	❒ **AL LETTO DEL DEGENTE**	**STABILIMENTO** **EDIFICIO** **LETTO**
TIMBRO UO/SD	**FIRMA MEDICO RICHIEDENTE**		

UO/SD EROGANTE

UO/SD EROGANTE		**CODICE SIS**
MEDICO DI RIFERIMENTO		
DATA EROGAZIONE		
PRESTAZIONE/I EROGATA/E		
TIMBRO UO/SD	**FIRMA MEDICO EROGANTE**	