

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b> <b>RICHIESTA ANNULLAMENTO SDO</b>	T04/PA18 Rev. 00 del 20/03/2024 Pag. 1 di 1
----------------------------	---	--

Pisa li \_\_\_\_\_

**All'UO Gestione Amministrativa Prestazioni e Attività Ospedaliere**  
**Mail: [gestione.amministrativaricoveri@ao-pisa.toscana.it](mailto:gestione.amministrativaricoveri@ao-pisa.toscana.it)**  
**Tel. 050/992263-050/997152-050/993871 fax. - 050/996774**

**Oggetto: RICHIESTA ANNULLAMENTO SDO**

**NUMERO SDO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Regime assistenziale: **ORDINARIO**  **DH**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di Direttore o Coordinatore infermieristico

dell'UO/SD codice 

--	--	--	--

**CHIEDE**

**L'ANNULLAMENTO** della scheda nosologica in oggetto, erroneamente validata per i seguenti motivi:

- ERRATO INSERIMENTO RICOVERO DOPPIO
- INTERVENTO ANNULLATO PER PROBLEMI DI SALA OPERATORIA
- INTERVENTO ANNULLATO PER CONTROINDICAZIONE MEDICA
- INTERVENTO NON ESEGUITO PER VOLONTA' DEL PAZIENTE
- ALTRO \_\_\_\_\_

Il Responsabile U.O./S.D o C.I

TIMBRO E FIRMA

--