

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</p> <p>U.O. NEURORADIOLOGIA DIR. PROF. MIRCO COSOTTINI</p> <p>Tel. 050992722/2793 Fax 050992127</p>	<p style="text-align: center;">MODULO DI REGISTRAZIONE</p> <p style="text-align: center;">PASSAGGIO DI CONSEGNE FRA EQUIPE MEDICO ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DEL PERCORSO CLINICO</p> <p style="text-align: center;">POST PROCEDURA VERTEBROPLASTICA</p>	<p style="text-align: right;">6903/T.14</p> <p style="text-align: right;">Rev. 00 del 18/09/17</p> <p style="text-align: right;">Pag. 1 di 1</p>
---	--	---

Gentili colleghi,
si re invia il paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

che ha eseguito la seguente procedura _____

Farmaci somministrati _____

Le condizioni del paziente al momento della dimissione dalla UO. Neuroradiologia sono le seguenti

PA _____ FC _____ Saturazione O₂ _____

Prescrizione:

Monitorare nelle 24 ore la funzionalità respiratoria e i parametri cardiaci per il rischio di eventuale complicanza embolica polmonare e/o cardiaca (sebbene osservate raramente).

Il Neuroradiologo dott. _____

Data _____