



SCHEDA INFORMATIVA SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MOD. AMB. / CHI END. 02

Rev.01 del 01/05/2021

Cognome : _____

Nome: _____

Diagnosi: _____ Intervento : _____

REGIME DAY-SERVICE INDICARE SULL'IMPEGNATIVA PACC NUMERO :

cod. P5351 PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ADD. SUP. GASTRO 1 ETA' > 17 ANNI

cod. P5352 PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ADD. SUP. GASTRO 1 ETA' < 18 ANNI

Note per l'assistito

Gentile Assistito, dovrà presentarsi in data _____ alle ore _____ digiuno, munito di :

- Carta di identità valida
- Tessera sanitaria
- Impegnativa del medico curante (*medico di medicina generale - medico di base*)
- **Elenco degli eventuali farmaci utilizzati per la terapia domiciliare**

Note per il M.M.G.

Gent.le Collega, per evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, è possibile ricorrere al regime di day-service per l'intervento indicato dallo specialista; qualora ritenga che le condizioni cliniche generali del paziente siano compatibili con i protocolli adottati dalla regione Campania La invitiamo a predisporre le seguenti prescrizioni per evitare disagi burocratici agli assistiti,.

Prima prescrizione	P.A.C.C.
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO
Seconda e Terza prescrizione	Laboratorio d'analisi
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)
90.22.5	FERRO [S]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)
Quarta prescrizione	Gastroenterologia
44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)
45.16	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO



SCHEDA INFORMATIVA SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MOD. AMB. / CHI END. 02

Rev.01 del 01/05/2021

SCHEDA INFORMATIVA SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Cognome : _____

Nome: _____

Diagnosi: _____ Intervento : _____

REGIME DAY-SERVICE INDICARE SULL'IMPEGNATIVA PACC NUMERO :

cod. P5641 PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ADD. INF.- GASTRO 2 ETA' > 17 ANNI

cod. P5642 PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ADD. INF.- GASTRO 2 ETA' < 18 ANNI

Note per l'assistito

Gentile Assistito, dovrà presentarsi in data _____ alle ore _____ digiuno, munito di :

- Carta di identità valida
- Tessera sanitaria
- Impegnativa del medico curante (*medico di medicina generale - medico di base*)
- **Elenco degli eventuali farmaci utilizzati per la terapia domiciliare**

Note per il M.M.G.

Gent.le Collega, per evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, è possibile ricorrere al regime di day-service per l'intervento indicato dallo specialista; qualora ritenga che le condizioni cliniche generali del paziente siano compatibili con i protocolli adottati dalla regione Campania La invitiamo a predisporre le seguenti prescrizioni per evitare disagi burocratici agli assistiti,.

Prima prescrizione	P.A.C.C.
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO
Seconda e Terza prescrizione	Laboratorio d'analisi
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)
90.22.5	FERRO [S]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)
Quarta prescrizione	Colonscopia
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO



clinica Sant'Anna

VERDE
AMBULATORIO
ENDOSCOPIA
DIGESTIVA

SCHEDA INFORMATIVA SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MOD. AMB. / CHI END. 02

Rev.01 del 01/05/2021

Per ulteriori informazioni di natura sanitaria od amministrativa si possono contattare i seguenti numeri: **C.U.P. 0823/242830 - 0823/242186** **Direzione Sanitaria 0823/242150**

Si prega la *Gentile Clientela* di contattare i n° **0823/242830-242186-242111** per comunicare eventuali disdette degli appuntamenti concordati con un preavviso minimo di 24 ore. Qualora il pz. non continui il percorso assistenziale dopo aver sostenuto il I° accesso del Day-Surgery, incorre nel recupero delle spese sostenute dalla Struttura ai sensi del Decreto Giunta Regionale n° 6216 del 23/11/2001 (rif. BURC n° 01 del 07/01/2002).

Caserta, lì _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Qualora il Medico di Medicina Generale voglia ricevere in formato elettronico copia dei referti, prescrizioni od estratti delle cartelle cliniche invitiamo a compilare il campo relativo all'indirizzo di posta elettronica e recapito telefonico:

