

« 9. Contenuti della Lettera di dimissione

| LETTERA DI DIMISSIONE | |
|--|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Identificativi Paziente | Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni) |
| Nome paziente | |
| Cognome paziente | |
| Data nascita paziente | |
| Luogo nascita paziente | nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT Stato straniero. |
| Genere amministrativo paziente | |
| Indirizzo di residenza del paziente | Indirizzo della residenza dell'assistito |
| CAP residenza del paziente | CAP di residenza dell'assistito |
| Codice Comune di residenza del paziente | Codice Comune di residenza dell'assistito |
| Descrizione Comune di residenza del paziente | Descrizione Comune di residenza dell'assistito |
| Provincia di residenza del paziente | Provincia di residenza dell'assistito |
| Regione di residenza del paziente | Regione di residenza dell'assistito |
| Stato di residenza del paziente | Stato di residenza dell'assistito |
| Recapito telefonico paziente | |
| e-mail assistito | Indirizzo e-mail dell'assistito |
| PEC assistito | Indirizzo PEC dell'assistito |
| Data della lettera | Data di creazione dell'istanza del documento. |
| codice fiscale autore | Codice fiscale del medico autore del documento |
| Nome autore | Nome del medico autore del documento |
| Cognome autore | Cognome del medico autore del documento |
| Codice fiscale destinatario lettera | Codice fiscale del destinatario della lettera |
| Nome destinatario lettera | Nome del destinatario della lettera |
| Cognome destinatario lettera | Cognome del destinatario della lettera |
| Codice fiscale firmatario | Codice fiscale del medico firmatario del documento |
| Nome firmatario | Nome del medico firmatario del documento |

| LETTERA DI DIMISSIONE | |
|---|--|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Cognome firmatario | Cognome del medico firmatario del documento |
| Data e ora di firma | Data e ora di firma del documento da parte del medico firmatario |
| Identificativa ricetta ricovero | Identificativo NRE prescrizione di ricovero, che ha determinato il ricovero del paziente e quindi la produzione del documento di lettera di dimissione all'atto della dimissione dello stesso dalla struttura ospedaliera. |
| Codice fiscale prescrittore | Codice fiscale del medico prescrittore |
| Nome prescrittore | Nome del medico prescrittore |
| Cognome prescrittore | Cognome del medico prescrittore |
| Numero nosologico | |
| Data inizio ricovero | |
| Data fine ricovero | |
| Identificativo UO dimissione | Identificativo del reparto di dimissione |
| Nome UO dimissione | |
| Struttura Dimissione | Sub codice stabilimento |
| Presidio Dimissione | |
| Azienda sanitaria Dimissione | |
| e-mail segreteria reparto dimissione | |
| Recapito telefonico segreteria reparto dimissione | |
| Identificativa diagnosi di ingresso | La/le diagnosi di ammissione, o ipotesi diagnostica, indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM. |
| Descrizione diagnosi di ingresso | Descrizione Testuale della diagnosi di ammissione |
| Inquadramento clinico iniziale | Descrizione testuale dell'inquadramento clinico iniziale |
| Anamnesi | Descrizione testuale dell'anamnesi |
| Esame obiettivo | Descrizione testuale dell'esame obiettivo |
| Terapia farmacologica ingresso | Descrizione testuale della terapia farmacologica all'ingresso |
| Decorso ospedaliero | Descrizione testuale del decorso ospedaliero |
| Complicanze | Descrizione testuale delle complicanze riscontrate durante il decorso |
| Riscontri e accertamenti | Sintesi delle consulenze specialistiche e indagini strumentali, di laboratorio, di anatomia patologica di particolare rilevanza clinica, eseguite durante il ricovero. |
| Procedure eseguite | Sintesi delle procedure diagnostiche e degli interventi (ad es.: endoscopie, biopsie, coronarografie, impianti di pacemaker e defibrillatori, artrocentesi, artroscopie, ecc.) effettuati durante il ricovero. |
| Descrizione terapia | L'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero. È possibile inserire queste informazioni Periodo di inizio e fine della terapia Posologia Via di somministrazione Sito di somministrazione Dose Frequenza di erogazione Forma Farmaceutica Grammatatura Quantità nella confezione Numero di confezioni |
| Codice Prodotto | Codice del prodotto somministrato |
| Allergie | Allergie o reazioni avverse a principi attivi farmaceutici, alimentari o allergeni in generale, riportate dal paziente e/o riscontrate durante il ricovero |

| LETTERA DI DIMISSIONE | |
|------------------------------------|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Condizioni alla dimissione | Descrizione Testuale delle condizioni del paziente alla dimissione, comprensivo della diagnosi di dimissione |
| Identificativa diagnosi dimissione | La/le diagnosi di dimissione o ipotesi diagnostica, indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM. |
| Descrizione terapia | L'elenco dei farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio. È possibile inserire queste informazioni Periodo di inizio e fine della terapia Posologia Via di somministrazione Sito di somministrazione Dose Frequenza di erogazione Forma Farmaceutica Grammatatura Quantità nella confezione Numero di confezioni |
| Codice Prodotto | Codice del prodotto prescritto |
| Istruzioni follow up | Informazioni generali dell'evento clinico inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale (eventuali controlli, procedure o visite consigliate). È possibile riportare anche le indicazioni circa la dimissione protetta del paziente. |

10. Contenuti del verbale di pronto soccorso

| VERBALE DI PRONTO SOCCORSO | |
|--|---|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Identificativi Paziente | Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni) |
| Nome Paziente | |
| Cognome Paziente | |
| Data Nascita Paziente | |
| Luogo Nascita Paziente | Nome del comune di nascita. Codice Istat comune di nascita. Codice Istat stato straniero. |
| Genere Amministrativo Paziente | |
| Indirizzo Residenza Paziente | Indirizzo, cap., comune (descrizione e ISTAT) |
| Recapito Telefonico Paziente | |
| CAP residenza assistito | CAP di residenza dell'assistito |
| Codice Comune residenza assistito | Codice Comune di residenza dell'assistito |
| Descrizione Comune residenza assistito | Descrizione Comune di residenza dell'assistito |
| Provincia residenza assistito | Provincia di residenza dell'assistito |
| Regione residenza assistito | Regione di residenza dell'assistito |
| Stato residenza assistito | Sato di residenza dell'assistito |
| Data E Ora Del Verbale | Data di creazione dell'istanza del documento. |
| Codice Fiscale Autore | Un verbale di PS può avere uno o più autori. Autore sempre essere umano. |
| Nome Autore | |
| Cognome Autore | |

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

| Contenuto Informativo | Descrizione |
|--|---|
| Codice Fiscale Firmatario | Medico che ha firmato il verbale. Tipicamente il medico che ha effettuato la dimissione |
| Nome Firmatario | |
| Cognome Firmatario | |
| Data E Ora Di Firma | |
| Azienda Sanitaria PS | |
| Istituto PS | Istituto in cui è stata erogata la prestazione. |
| Id Pronto Soccorso | |
| Direttore PS | |
| Nome PS | |
| Indirizzo PS | |
| E-mail Segreteria PS | |
| Recapito Telefonico Segreteria PS | |
| Numero Del Verbale | Identificativo dell'accesso in pronto soccorso. |
| Data Ora Di Ingresso | Data ora in cui è avvenuta l'accettazione |
| Codice Fiscale Operatore Accettazione | Operatore che ha effettuato l'accettazione. |
| Nome Operatore Accettazione | Operatore che ha effettuato l'accettazione. |
| Cognome Operatore Accettazione | Operatore che ha effettuato l'accettazione. |
| Responsabile Invio | Indica il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso. |
| Mezzo Di Trasporto | Indicazione della modalità di arrivo "fisica" al PS |
| Causa Accesso | Motivo per cui il paziente accede al PS |
| Problema Principale | Indica il problema / sintomo principale riscontrato/percepito al momento del triage. |
| Data Ora Triage | |
| Codice Fiscale Operatore Triage | |
| Nome Operatore Triage | |
| Cognome Operatore Triage | |
| Misurazioni Triage | Insieme delle misurazioni effettuate durante il triage, incluso eventuali parametri vitali e scala del dolore |
| Codice Triage | |
| Note Triage | Note testuali sul triage, inclusa eventuale anamnesi iniziale |
| Data Ora Rilevazione | |
| Codice Fiscale Medico Valutazione Clinica Iniziale | Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale |
| Nome Medico Valutazione Clinica Iniziale | Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale |
| Cognome Medico Valutazione Clinica Iniziale | Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale |

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

| Contenuto Informativo | Descrizione |
|--|--|
| Valutazione Clinica Iniziale | Descrizione testuale dell'inquadramento clinico iniziale |
| Data Ora Rilevazione | |
| Codice Fiscale Medico Rilevazione Terapia Farmacologica All'ingresso | Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica in ingresso |
| Nome Medico Rilevazione Terapia Farmacologica | Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica in ingresso |
| Anamnesi | Descrizione testuale dell'anamnesi |
| Data Ora Rilevazione | |
| Codice Fiscale Medico Esame Obiettivo | Medico refertante che effettua l'esame obiettivo |
| Nome Medico Esame Obiettivo | Medico refertante che effettua l'esame obiettivo |
| Cognome Medico Esame Obiettivo | Medico refertante che effettua l'esame obiettivo |
| Esame Obiettivo | Descrizione testuale dell'esame obiettivo |
| Data Ora Inizio | Data-ora di presa in carico iniziale del paziente da parte del medico di PS |
| Data Ora Fine | Data ed ora della fine di trattamento in Pronto Soccorso |
| Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita |
| Nome Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita |
| Cognome Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita |
| Data Ora Inizio OBI | Data ora di presa in carico da parte dell'unità di Osservazione breve |
| Data Ora Fine OBI | Data ed ora della fine di trattamento in OBI |
| Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione OBI | Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI |
| Nome Medico Responsabile Accettazione OBI | Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI |
| Cognome Medico Responsabile Accettazione OBI | Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI |
| Codice Fiscale Medico Responsabile Dimissione OBI | Dati del medico responsabile della dimissione da OBI |
| Nome Medico Responsabile Dimissione OBI | Dati del medico responsabile della dimissione da OBI |
| Cognome Medico Responsabile Dimissione OBI | Dati del medico responsabile della dimissione da OBI |
| Collocazione Paziente | Informazioni relative alla collocazione del paziente durante l'obi |
| Data Ora Inizio | Data-ora di presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno |
| Data Ora Fine | Data-ora di fine presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno |
| Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno |
| Nome Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno |
| Cognome Medico Responsabile Accettazione | Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno |
| Data Ora Esecuzione Prestazione | |
| Prescrittore | Operatore che ha richiesto la prestazione |
| Esecutore | Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la prestazione |

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

| Contenuto Informativo | Descrizione |
|-------------------------------------|--|
| Codice Prestazione | Codice della prestazione, incluse le eventuali prestazioni infermieristiche, durante la visita di PS o di OBI |
| Descrizione Prestazione | Descrizione testuale della prestazione, incluso eventuali note |
| Tipo Consulenza | Codice di identificazione del tipo di prestazione richiesta / erogata |
| Data Ora Esecuzione Consulenza | |
| Data Ora Richiesta | |
| Prescrittore | Operatore che ha richiesto la consulenza |
| Esecutore | Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la consulenza |
| Esito Consulenza | Descrizione Testuale della visita specialistica, incluso l'esito |
| Data Ora Accertamento | |
| Data Ora Richiesta | |
| Prescrittore | Operatore che ha richiesto l'accertamento. |
| Esecutore | Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato l'accertamento |
| Codice Prestazione | |
| Descrizione Prestazione | |
| Risultati Accertamenti Laboratorio | Risultati degli accertamenti in forma testuale o codificata relativi ai singoli dati analitici o all'indagine nel |
| Prescrittore | Operatore che ha prescritto la terapia |
| Somministratore | Operatore(i) che hanno somministrato la terapia |
| Descrizione Terapia | Descrizione testuale della terapia è possibile inserire queste informazioni - Periodo di inizio e fine della terapia - Posologia - Via di somministrazione - Sito di somministrazione - Dose - Frequenza di erogazione - Forma Farmaceutica - Grammaturo - Quantità nella confezione Numero di confezioni |
| Codice Prodotto | Codice del prodotto somministrato o richiesto |
| Decorso Clinico | Sintesi testuale delle informazioni riguardanti il decorso clinico del paziente durante l'arco temporale della permanenza in PS, comprendente valutazioni cliniche, obiettivi clinici di breve periodo, note cliniche. |
| Data e ora diario clinico | |
| Autore | Medico o infermiere |
| Data Ora Dimissione | Data-ora chiusura caso |
| Codice Fiscale medico di dimissione | Dati del medico che effettua la dimissione |
| Nome Medico dimissione | Dati del medico che effettua la dimissione |

| VERBALE DI PRONTO SOCCORSO | |
|-----------------------------------|---|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Cognome Medico dimissione | Dati del medico che effettua la dimissione |
| Note Dimissione | Note Testuali di dimissione. Conclusioni. È possibile riportare le note relative ad una dimissione temporanea e al successivo rientro del paziente. |
| Diagnosi Dimissione | |
| Prognosi | Descrizione della prognosi, comprensiva del numero di giorni. |
| Livello Appropriatezza | |
| Esito Trattamento | |
| Prescrittore | Operatore che ha prescritto la terapia, i controlli o ha dato i suggerimenti al paziente. |
| Suggerimenti | Consigli e suggerimenti forniti al paziente |
| Data Prescrizione | |
| Controllo Piano Di Cura | Codice e descrizione del controllo suggerito |
| Terapie Farmacologiche prescritte | Codice e Descrizione della terapia |
| Id Ricetta Piano Di Cura | Identificativo NRE delle prescrizioni redatte dal prescrittore nell'ambito del piano di cura alla dimissione |
| Data Ora Decesso | |
| Richiesta Autopsia | Indica se è stata richiesta o no l'autopsia |
| Codice Nosologico | |
| Identificativo Reparto | |
| Causa Ricovero | |
| Consegne Ricovero | |
| Istituto Trasferimento | Dati relativi ai casi con esito trasferimento |
| Motivo Trasferimento | Dati relativi ai casi con esito trasferimento |
| Consegne Trasferimento | Dati relativi ai casi con esito trasferimento |

11. Contenuti del referto di radiologia

| REFERTO DI RADIOLOGIA | |
|---------------------------------------|---|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Cognome assistito | Cognome dell'assistito |
| Nome assistito | Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe) |
| Codice fiscale assistito | Codice fiscale dell'assistito (o STP/TEAM nei casi opportuni) |
| Sesso assistito | Genere dell'assistito |
| Data di nascita assistito | Data di nascita dell'assistito |
| Comune di nascita assistito | Comune di nascita dell'assistito |
| Indirizzo di residenza dell'assistito | Indirizzo della residenza dell'assistito |

| REFERTO DI RADIOLOGIA | |
|--|---|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| CAP residenza assistito | CAP di residenza dell'assistito |
| Codice Comune di residenza dell'assistito | Codice Comune di residenza dell'assistito |
| Descrizione Comune di residenza dell'assistito | Descrizione Comune di residenza dell'assistito |
| Provincia di residenza dell'assistito | Provincia di residenza dell'assistito |
| Regione di residenza dell'assistito | Regione di residenza dell'assistito |
| Stato di residenza dell'assistito | Stato di residenza dell'assistito |
| Indirizzo di domicilio assistito | Indirizzo del domicilio dell'assistito |
| CAP domicilio assistito | CAP di domicilio dell'assistito |
| Codice Comune di domicilio dell'assistito | Codice Comune di domicilio dell'assistito |
| Descrizione Comune di domicilio dell'assistito | Descrizione Comune di domicilio dell'assistito |
| Provincia di domicilio dell'assistito | Provincia di domicilio dell'assistito |
| Regione di domicilio dell'assistito | Regione di domicilio dell'assistito |
| Stato di domicilio dell'assistito | Stato di domicilio dell'assistito |
| Recapito telefonico assistito | Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile) |
| e-mail assistito | Indirizzo e-mail dell'assistito |
| PEC assistito | Indirizzo PEC dell'assistito |
| ID assistito PACS (IDPACS) | Identificativo dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto |
| Cognome medico refertante | Cognome del medico refertante |
| Nome medico refertante | Nome del medico refertante |
| Codice fiscale medico refertante | Codice Fiscale del medico refertante |
| Cognome medico firmatario | Cognome del medico firmatario |
| Nome medico firmatario | Nome del medico firmatario |
| Codice fiscale medico firmatario | Codice Fiscale del medico firmatario |
| Codice e descrizione dell'azienda sanitaria | Codice e descrizione dell'azienda sanitaria |
| Codice e descrizione del presidio | Codice e descrizione del presidio |
| Codice e descrizione dell'unità operativa | Codice e descrizione dell'unità operativa |
| Cognome tecnico/i di Radiologia | Cognome del/i tecnico/i di Radiologia |
| Nome tecnico/i di Radiologia | Nome del/i tecnico/i di Radiologia |
| Codice fiscale tecnico/i di Radiologia | Codice fiscale del/i tecnico/i di Radiologia |
| Cognome medico prescrittore | Cognome del medico prescrittore |
| Nome medico prescrittore | Nome del medico prescrittore |
| Codice fiscale medico prescrittore | Codice fiscale del medico prescrittore |
| Numero ricetta medica | Numero della ricetta medica |
| Data firma referto | Data di firma del referto |

| REFERTO DI RADIOLOGIA | |
|---|--|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Codice CUP | Codice della prenotazione |
| Accession number | Codice identificativo dello studio |
| Studio DICOM | Codici identificativi Studio DICOM |
| Immagini PACS | Codice identificativo delle immagini associate al referto presenti nel sistema PACS |
| Codice nosologico | Codice nosologico |
| Tipologia Accesso | Tipologia di Accesso |
| Provenienza | Provenienza |
| Codice ordine interno | Codice identificativo dell'ordine interno |
| Codice identificativo referto RIS | Codice identificativo del referto presente nel sistema RIS. |
| Codice quesito diagnostico | Codice ICD9-CM del quesito diagnostico |
| Descrizione quesito diagnostico | Descrizione del quesito diagnostico |
| Anamnesi | In questo elemento sono raggruppate le informazioni riguardanti l'anamnesi secondo la tipologia: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi Familiare; • Anamnesi Fisiologica (usi ed abitudini, sociale, riguardante le condizioni di vita del paziente, lo stile di vita, eventuali usi ed abusi); • Anamnesi Patologica Prossima. • Anamnesi Patologica Remota (malattie e interventi passati, disturbi noti, ecc.); |
| Allergie | Eventuali allergie e fonti dichiarate |
| Precedenti esami eseguiti | Codice, descrizione, metodica e data di eventuali esami precedenti |
| Codice esame eseguito | Codice dell'esame eseguito |
| Descrizione esame eseguito | Descrizione dell'esame eseguito |
| Data esame eseguito | Data e ora dell'esame eseguito |
| Modalità esecuzione esame eseguito | Modalità di esecuzione dell'esame eseguito |
| Dose assorbita | Indicatore di esposizione |
| Refertazione | Descrizione dell'esito della prestazione/i |
| Conclusioni | Conclusioni |
| Informazioni aggiuntive | Informazioni aggiuntive |
| Complicanze | Complicanze |
| Suggerimenti per il medico prescrittore | Suggerimenti per il medico prescrittore |

12. Contenuti del referto di specialistica ambulatoriale

| REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE | |
|--|---|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Cognome assistito | Cognome dell'assistito |
| Nome assistito | Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe) |

REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

| Contenuto Informativo | Descrizione |
|---|---|
| Codice fiscale assistito | Codice fiscale dell'assistito (o STP/TEAM nei casi opportuni) |
| Sesso assistito | Genere dell'assistito |
| Data di nascita assistito | Data di nascita dell'assistito |
| Comune di nascita assistito | Comune di nascita dell'assistito |
| Indirizzo di residenza dell'assistito | Indirizzo della residenza dell'assistito |
| CAP residenza assistito | CAP di residenza dell'assistito |
| Comune di residenza dell'assistito | Comune di residenza dell'assistito |
| Indirizzo di domicilio assistito | Indirizzo del domicilio dell'assistito |
| CAP domicilio assistito | CAP di domicilio dell'assistito |
| Comune di domicilio dell'assistito | Comune di domicilio dell'assistito |
| Descrizione Comune di residenza dell'assistito | Comune di residenza dell'assistito |
| Provincia di residenza dell'assistito | Provincia di residenza dell'assistito |
| Regione di residenza dell'assistito | Regione di residenza dell'assistito |
| Stato di residenza dell'assistito | Stato di residenza dell'assistito |
| Recapito telefonico assistito | Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile) |
| e-mail assistito | Indirizzo e-mail dell'assistito |
| PEC assistito | Indirizzo PEC dell'assistito |
| Cognome medico refertante | Cognome del medico refertante |
| Nome medico refertante | Nome del medico refertante |
| Codice fiscale medico refertante | Codice Fiscale del medico refertante |
| Cognome medico firmatario | Cognome del medico firmatario |
| Nome medico firmatario | Nome del medico firmatario |
| Codice fiscale medico firmatario | Codice Fiscale del medico firmatario |
| Codice e descrizione dell'azienda sanitaria | Codice e descrizione dell'azienda sanitaria |
| Codice e descrizione del presidio | Codice e descrizione del presidio |
| Codice e descrizione dell'unità operativa | Codice e descrizione dell'unità operativa |
| Numero telefono Unità Operativa / CUP / Azienda Sanitaria | Numero di telefono dell'Unità Operativa / CUP / Azienda Sanitaria |
| Cognome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura | Cognome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura |
| Nome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura | Nome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura |
| Codice fiscale altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura | Codice fiscale altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura |
| Cognome medico prescrittore | Cognome del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista) |
| Nome medico prescrittore | Nome del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista) |
| Codice fiscale medico prescrittore | Codice fiscale del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista) |

REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

| Contenuto Informativo | Descrizione |
|--|---|
| Numero ricetta medica | Numero della ricetta medica |
| Data firma referto | Data di firma del referto |
| Codice CUP | Codice della prenotazione |
| Codici identificazione oggetti correlati | Codici per identificare eventuali oggetti associati al referto (es. ID PACS, Accession number, Studio DICOM) |
| Codice nosologico | Codice nosologico |
| Provenienza | Provenienza (es. PS, Reparto) |
| Tipologia Accesso | Tipologia di accesso (programmata / ad accesso diretto) |
| Disciplina | Disciplina specialistica ambulatoriale |
| Codice quesito diagnostico | Codice ICD9-CM del quesito diagnostico |
| Descrizione quesito diagnostico | Descrizione del quesito diagnostico |
| Anamnesi | Descrizione testuale dell'anamnesi (quadro clinico) |
| Allergie | Eventuali allergie e fonti dichiarate |
| Precedenti esami eseguiti | Codice, descrizione, metodica e data di eventuali esami precedenti eseguiti dal paziente e ritenuti rilevanti al fine della formulazione diagnostica |
| Codice AIC/ATC farmaco | Codice AIC/ATC del farmaco o dei farmaci assunti nella terapia in atto |
| Descrizione terapia farmacologica | Descrizione terapia farmacologica |
| Esame obiettivo | Esame obiettivo |
| Codice prestazione eseguita | Codice della prestazione eseguita |
| Descrizione prestazione eseguita | Descrizione della prestazione eseguita |
| Data prestazione eseguita | Data e ora della prestazione eseguita |
| Codice procedura operativa | Codice della procedura operativa eseguita |
| Descrizione procedura operativa | Descrizione procedura operativa eseguita |
| Quantità | Quantità |
| Modalità esecuzione procedura operativa | Descrizione modalità di esecuzione della procedura operativa. Rappresenta la declinazione pratica del come viene eseguita la procedura. |
| Strumentazione utilizzata | Strumentazione utilizzata nel corso della procedura |
| Parametri descrittivi della procedura | Parametri rilevanti al fine di caratterizzare la procedura |
| Note | Note |
| Confronto con precedenti esami eseguiti | Confronto con precedenti esami eseguiti. Permette di riportare un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto. |
| Refertazione | Referto della/e prestazione/i, oggetto principale del referto |
| Codice diagnosi | Codice diagnosi formulata sulla base di quanto emerso nel corso della prestazione |
| Descrizione diagnosi | Descrizione diagnosi formulata sulla base di quanto emerso nel corso della prestazione |
| Conclusioni | Conclusioni |

| REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE | |
|---|--|
| Contenuto Informativo | Descrizione |
| Suggerimenti per il medico prescrittore | Suggerimenti per il medico prescrittore |
| Codice accertamento consigliato | Codice accertamento/i o prestazione/i consigliata/e da eseguire a seguito della prestazione |
| Descrizione accertamento consigliato | Descrizione accertamento/i o prestazione/i consigliata/e da eseguire a seguito della prestazione |
| Codice AIC/ATC farmaco | Codice AIC/ATC del farmaco o dei farmaci consigliato per la terapia farmacologica |
| Descrizione terapia farmacologica consigliata | Descrizione della terapia farmacologica consigliata |

13. Contenuti del certificato vaccinale

| SCHEDA SINGOLA VACCINAZIONE | |
|---|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Identificativi Paziente | Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni) |
| Nome Paziente | |
| Cognome Paziente | |
| Genere Amministrativo | |
| Data Nascita Paziente | |
| Luogo Nascita Paziente | Nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT stato straniero. |
| Indirizzo Residenza Paziente | Indirizzo, cap., comune descrizione e ISTAT) |
| Recapito Telefonico Paziente | |
| e-mail Paziente | Indirizzo e-mail assistito |
| PEC Paziente | Indirizzo PEC assistito |
| Data e Ora della Scheda della singola Vaccinazione | Data di creazione dell'istanza del documento. |
| Codice Fiscale Professionista Sanitario che effettua la Vaccinazione | |
| Nome Professionista Sanitario | |
| Cognome Professionista Sanitario | |
| Codice Fiscale Persona Responsabile della Vaccinazione | |
| Nome Persona Responsabile della Vaccinazione | |
| Cognome Persona Responsabile della Vaccinazione | |
| Data E Ora Di Firma | |
| Nome oppure Identificativo dell'organizzazione responsabile della vaccinazione | |
| Ambulatorio Vaccinale oppure Unità Operativa oppure Pronto Soccorso oppure Centro medicina dei viaggi oppure autorità portuale oppure Studio Medico MMG/PLS | struttura presso cui è stato somministrato vaccino |

| SCHEDA SINGOLA VACCINAZIONE | |
|---|-------------|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Direttore/Responsabile struttura | |
| Denominazione struttura | |
| Indirizzo struttura | |
| E-mail Segreteria struttura | |
| Recapito Telefonico Segreteria struttura | |
| Malattia per il quale è stata fatta la vaccinazione | |
| Caso 1: Somministrazione Vaccino ¹ | |
| Tipo Vaccino / Profilassi | |
| Nome commerciale Vaccino | |
| Codice AIC del Vaccino Somministrato | |
| Numero del lotto | |
| Data scadenza del vaccino | |
| Dose somministrata | |
| Data e ora di somministrazione | |
| Sede anatomica di somministrazione | |
| Via di somministrazione | |
| Categoria a rischio | |
| Condizioni sanitarie a rischio | |
| Reazioni avverse | |
| Periodo di copertura | |
| Data prossimo appuntamento | |
| Caso 2: Esonero/ omissione o differimento | |
| Motivazione per esonero/ omissione o differimento | |
| Data e ora di registrazione esonero/ omissione o differimento | |
| Malattia con presunta immunità | |
| Data scadenza controindicazione temporanea | |

14. Contenuti della Scheda singola vaccinazione

| CERTIFICATO VACCINALE | |
|-------------------------|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Identificativi Paziente | Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni) |

¹ Gli elementi che compongono il Caso 1- sono avvalorati nel caso di Somministrazione Vaccino; nel caso in cui vi sia Esonero/ omissione o differimento (Caso2) tutti gli elementi descritti nel Caso 1 sono vuoti.

| CERTIFICATO VACCINALE | |
|--|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| Nome Paziente | |
| Cognome Paziente | |
| Genere Amministrativo | |
| Data Nascita Paziente | |
| Luogo Nascita Paziente | Nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT stato straniero. |
| Indirizzo Residenza Paziente | Indirizzo, cap., comune descrizione e ISTAT) |
| Indirizzo di residenza del paziente | Indirizzo della residenza dell'assistito |
| CAP residenza del paziente | CAP di residenza dell'assistito |
| Codice Comune di residenza del paziente | Codice Comune di residenza dell'assistito |
| Descrizione Comune di residenza del paziente | Comune di residenza dell'assistito |
| Provincia di residenza del paziente | Provincia di residenza dell'assistito |
| Regione di residenza del paziente | Regione di residenza dell'assistito |
| Stato di residenza del paziente | Stato di residenza dell'assistito |
| Recapito Telefonico Paziente | |
| e-mail Paziente | Indirizzo e-mail assistito |
| PEC Paziente | Indirizzo PEC assistito |
| Data e Ora del Certificato vaccinale | Data di creazione dell'istanza del documento. |
| Codice Fiscale Responsabile oppure nel caso il documento sia generato da macchina viene indicata l'organizzazione responsabile della generazione del documento | |
| Nome Responsabile | |
| Cognome Responsabile | |
| Data E Ora Di Firma | |
| Dati Vaccinazione o Esonero | |

15. Contenuti della prescrizione farmaceutica

| PRESCRIZIONE FARMACEUTICA | |
|-----------------------------|--|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| SEZIONE DATI RICETTA | |
| cfMedico1 | Codice fiscale del medico 'titolare' |
| cfMedico2 | Codice fiscale del medico 'sostituto' |
| codRegione | Codice Regione/Provincia Autonoma del medico titolare |
| codASLao | Codice ASL del medico prescrittore indicato in cfMedico1 |

| PRESCRIZIONE FARMACEUTICA | |
|----------------------------------|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| codStruttura | Codice della struttura dove opera il medico prescrittore |
| codSpecializzazione | Specializzazione del medico prescrittore indicato in cfMedico1 |
| Nre | L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE) |
| tipoRic | Tipologia della ricetta compilata |
| codiceAss | Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| cognomeAss | Cognome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| nomeAss | Nome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| Indirizzo | Indirizzo dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| oscuramDati | Campo per indicare la volontà da parte dell'assistito per cui è compilata la ricetta di nascondere i dati anagrafici |
| numTessSasn | Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN |
| socNavigaz | Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN |
| tipoPrescrizione | Tipologia della prescrizione |
| codEsenzione | Codice esenzione riportato in ricetta |
| nonEsente | Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no |
| codDiagnosi | Codice diagnosi o del sospetto diagnostico |
| descrizioneDiagnosi | Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico |
| dataCompilazione | Data compilazione della ricetta da parte del medico |
| dispReg | Disposizioni regionali specifiche |
| provAssistito | Provincia di residenza dell'assistito |
| aslAssistito | Asl di residenza dell'assistito |
| statoEstero | Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| istituzCompetente | Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| numIdentPers | Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| numIdentTess | Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| CodAutenticazioneSac | Codice di autenticazione rilasciato dal SAC all'atto dell'invio della prescrizione |
| MessRegionale | Frase regionale predefinita e approvata a livello nazionale. |
| dataNascitaEstero | Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| dataScadTessera | Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| SEZIONE DATI SINGOLE PRESTAZIONI | |
| codProdPrest | Codice prodotto farmaceutico |
| descrProdPrest | Descrizione prodotto farmaceutico |
| codGruppoEquival | Codice del gruppo di equivalenza secondo la codifica AIFA, nel caso di prescrizione farmaceutica con principio attivo |
| descrGruppoEquival | Descrizione testuale del gruppo di equivalenza secondo la dizione AIFA |

| PRESCRIZIONE FARMACEUTICA | |
|---------------------------|---|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| nonSost | Non sostituibilità del prodotto |
| motivazNote | Nota esplicativa di ciò che è stato prescritto |
| codMotivazione | Codici di motivazione di non sostituibilità di un farmaco |
| notaProd | Nota AIFA |
| Quantita | Quantità di confezioni |
| Posologia | Indicazione circa tempi e modi di somministrazione del medicinale |

16. Contenuti della prescrizione specialistica

| PRESCRIZIONE SPECIALISTICA | |
|-----------------------------|--|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| SEZIONE DATI RICETTA | |
| cfMedico1 | Codice fiscale del medico 'titolare' |
| cfMedico2 | Codice fiscale del medico 'sostituto' |
| codRegione | Codice Regione/Provincia Autonoma del medico titolare |
| codASLAo | Codice ASL del medico presrittore indicato in cfMedico1 |
| codStruttura | Codice della struttura dove opera il medico presrittore |
| codSpecializzazione | Specializzazione del medico presrittore indicato in cfMedico1 |
| Nre | L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE) |
| tipoRic | Tipologia della ricetta compilata |
| codiceAss | Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| cognomeAss | Cognome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| nomeAss | Nome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| Indirizzo | Indirizzo dell'assistito per cui viene compilata la ricetta |
| oscuramDati | Campo per indicare la volontà da parte dell'assistito per cui è compilata la ricetta di nascondere i dati anagrafici |
| numTessSasn | Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN |
| socNavigaz | Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN |
| tipoPrescrizione | Tipologia della prescrizione |
| codEsenzione | Codice esenzione riportato in ricetta |
| nonEsente | Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no |
| codDiagnosi | Codice diagnosi o del sospetto diagnostico |
| descrizioneDiagnosi | Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico |

| PRESCRIZIONE SPECIALISTICA | |
|---|--|
| Contenuto informativo | Descrizione |
| dataCompilazione | Data compilazione della ricetta da parte del medico |
| tipoVisita | Tipologia della visita |
| dispReg | Disposizioni regionali specifiche |
| provAssistito | Provincia di residenza dell'assistito |
| aslAssistito | Asl di residenza dell'assistito |
| indicazionePrescr | Indicazione della prescrizione |
| Altro | Il campo "Altro", come da ricetta cartacea, a disposizione per usi futuri |
| classePriorita | Classe di priorità della prescrizione |
| statoEstero | Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| istituzCompetente | Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| numIdentPers | Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| numIdentTess | Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| CodAutenticazioneSac | Codice di autenticazione rilasciato dal SAC all'atto dell'invio della prescrizione |
| MessRegionale | Frase regionale predefinita e approvata a livello nazionale. |
| dataNascitaEstero | Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| dataScadTessera | Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere |
| SEZIONE DATI SINGOLE PRESTAZIONI | |
| codProdPrest | Codice prestazione specialistica |
| descrProdPrest | Descrizione testuale più particolareggiata possibile della prestazione |
| descrTestoLiberoNote | Nota esplicativa di ciò che è stato prescritto per prestazioni specialistiche |
| Quantità | Quantità di prestazioni specialistiche prescritte |
| codCatalogoPrescr | Deve contenere il codice della prestazione secondo il catalogo regionale unico delle prestazioni |
| tipoAccesso | Indica se la prestazione richiesta è riferita ad un primo accesso o ad un accesso successivo |
| numeroNota | Numero progressivo identificativo della nota come previsto nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione |
| condErogabilita | Condizione di derogabilità come prevista nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione |
| apprprPrescrittiva | Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione |
| Patologia | Codice patologia come previsto nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione |
| tipoAmbulatorio | Indica la tipologia di ambulatorio/laboratorio presso i quali è erogabile la prestazione |
| Numsedute | Numero di ripetizioni/sedute prescritte dal medico per prescrizioni ripetitive/cicliche |

17. Contenuti della cartella clinica

La cartella clinica può contenere, tra gli altri, i dati e documenti elencati nel presente decreto, afferenti a un episodio di ricovero».