



**AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA  
DI CAGLIARI**

Struttura Semplice Dipartimentale di Analgesia Ostetrica e Ginecologica  
DIA MI – Blocco Q  
Direzione BOCCO G – Piano 0  
Policlinico “Dulio Casula”  
09133 Monserrato  
Tel. 07051093442

**Data fissata per la visita** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**DOMANDA DI PRENOTAZIONE  
VISITA ANESTESILOGICA  
PER ANALGESIA EPIDURALE**

*Compilare in stampatello maiuscolo*

Io sottoscritto\*.....

Nata a\* .....( ) il\* .....

Residente a ..... via ..... N°.....

Tel\*..... e mail\* .....

Codice Fiscale\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Settimana di gestazione: ..... Data presunta del parto .....

Numero di richiesta del medico curante\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(In alto a destra sotto il codice a barre)

Data Emissione Impegnativa\_\_\_\_\_ Esenzione \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**di essere prenotata per la visita di idoneità all’analgesia al parto, che ho deciso di effettuare presso la Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione dell’ AOU di Cagliari Policlinico “Casula” di Monserrato Dpt. Materno Infantile – Blocco Q.**

**Il giorno fissato per la Visita devo portare:**

- Documentazione sanitaria (referti esami, lastre radiologiche, .....
- La prescrizione SSN, del medico curante o del ginecologo, per Visita Anestesiologica con la dichiarazione del codice di esenzione o la ricevuta del pagamento ticket.

Io sottoscritto ..... dichiaro il consenso per il trattamento dei dati personali indicati nella presente scheda, solo per la attività connessa alla partoanalgesia e ai sensi del codice privacy europeo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma