

PRESENTAZIONE DELLA U.O. ANESTESIA RIANIMAZIONE

.....

1) NOME DELL' UNITA' OPERATIVA UOC/UOSD E COLLOCAZIONE

(Stabilimento ospedaliero di _CIVITANOVA _____ piano
___TERZO_____)

Direttore dr. ___DANIELA CORSI_____, e-mail

daniela.corsi@sanita.marche.it_____, telefono (orario
ricevimento delle telefonate) ___0733/823690 _____

2) NOMINATIVI DEI MEDICI E DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

| | |
|----------------------------|-------------------------|
| Dott.ssa Anna Monaco | Dott.ssa silvia Tacconi |
| | Dr.Maurizio Donati |
| Dott.ssa Monica Vita | Dr. Emilio Giorgetti |
| Dott.ssa Marta Fratini | Dr Carmelo Bartolone |
| Dott.ssa Mirella Scoponi | Dr Carlo Leopardi |
| Dott.ssa Stefania Ascenzi | Dr Raesi Abolfazle |
| Dott.ssa Elisabetta Bruni | |
| Dott.ssa Cristiana Carbini | |
| Dott.ssa Laura Angeloro | |

Coordinatore Infermieristico _Giordano Garbuglia _____ E-
mail ___giordano.garbuglia@sanita.marche.it_____

3) INFORMAZIONI e NUMERI UTILI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare al numero
(indicare la fascia oraria di ricevimento delle telefonate):

Segreteria _____

Coordinatore Infermieristico ___0733/823081_____

Day Hospital _____

Prenotazione Ricoveri _____

Ambulatorio di _____

E-mail della U.O. _____ (se esiste)

4) ATTIVITA' SVOLTE DALL'UNITA' OPERATIVA

- **Principali patologie trattate in regime di ricovero**
in area intensiva

- **Principali patologie trattate in regime di day hospital** _____

N.B. se presenti indicare i percorsi di cura

5) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

In elenco le prestazioni ambulatoriali fornite dalla struttura in regime divisionale (specificando le diverse modalità di prenotazione rispetto al CUP Regionale, gli eventuali ambulatori territoriali, per le prestazione erogate dalla U.O.)

6) INDICAZIONI UTILI

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle __12.30_____ alle __13.30_____

Pomeriggio dalle _____ alle _____

Sera dalle __19.00_____ alle __20.00_____

Ricevimento Medici e Direttore

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve tutti i giorni _____ dalle
_13.00 _____ alle _____ 14.00 _____

Orario di ricevimento dei medici

I medici ricevono il _____ dalle _____ alle _____

Orario di distribuzione del vitto

Colazione dalle 07.00 alle 07.30

Pranzo dalle 12.30 alle 13.30

Cena dalle 19.00 alle 19.30

Orario di visita medica

Mattino dalle _____ alle _____

Pomeriggio dalle _____ alle _____

Altre informazioni che la struttura ritiene utile fornire agli utenti (es. segreteria per le prenotazioni- ritiro referti istologici se effettuati all'interno del reparto).

7) MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

Allegare i file dei documenti che riguardano la modulistica e prescrizioni per l'utenza
–indicare la lista dei moduli e rispettivi nomi es:

1) MODULO PREPARAZIONE

2) _____

IL DIRETTORE

