

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO

SCHEDA MISSIONE N. 0245080485 DATA 03/04/24 ORA DI ATTIVAZIONE 1302

LUOGO	COMUNE <u>MILANO</u>	NOTE	PRESENTI
	VIA/PIAZZA <u>PAGLIAZZA</u>	<u>STRADA</u>	
	N. CIVICO	PIANO/SCALA	
	☐ LUOGO = DOMICILIO PAZIENTE		
☐ MSA1 ☐ MSA2 ☐ CNSAS ☐ VVF ☐ CC ☐ POLIZIA ☐ MEDICO ☐ ALTRO			

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME <u>KNEIFA</u>	NOME <u>YASSINE</u>	SESSO ☒ M ☐ F
DATA DI NASCITA <u>16/05/1993</u>	ETÀ <u>30</u>	CITTADINANZA
COMUNE DI RESIDENZA <u>MILANO</u>	VIA/PIAZZA <u>APPENNINI</u>	N. CIVICO

EVENTO

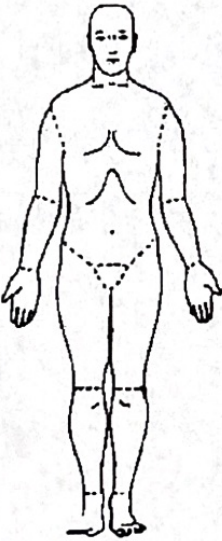
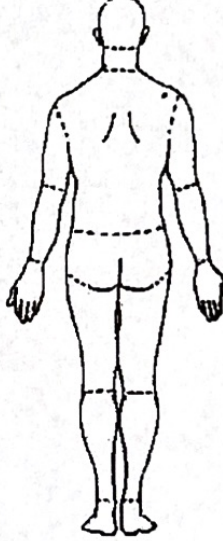
☐ PERDITA DI COSCIENZA ☐ PROBLEM. RESPIRAT. ☐ MALORE	☐ CONVULSIONI ☐ AVVELENAMENTI ☐ TRAVAGLIO/PARTO	☐ MALESSERE ☐ EVENTO VIOLENTO ☐ INFORTUNIO	☐ CADUTA ☐ PRECIPITATO DA m _____ ☐ _____	☒ INCIDENTE STRADALE ☐ PEDONE/CICLO ☐ AUTO	☐ CONDUCENTE ☐ PASSEGGERO ☒ MOTO ☐ ALTRO
---	--	---	--	--	--

LUOGO DELL'EVENTO ☐ CASA ☒ STRADA ☐ UFFICI/ESERCIZI PUBBL. ☐ IMP. SPORTIVO ☐ IMP. LAVORATIVO ☐ ALTRO:

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI

POSTURA DI RINVENIMENTO ☐ IN PIEDI ☒ SEDUTA ☐ PRONA ☐ SUPINA ☐ LATERALE

ORA DI INSORGENZA DEI SINTOMI 12:55

		1° VAL.	2° VAL.	3° VAL.	LESIONI E AGGRAVANTI	PRESTAZIONI / INTERVENTI
ORE <u>13.15</u>						
COSCIENZA	SVEGLIO	☒	☐	☐	  ① AMPUTAZIONE ② FRATTURA ESPOSTA ③ DEFORMITÀ ④ DOLORE _____ ⑤ SANGUINAMENTO ⑥ EMORRAGIA MASSIVA ⑦ FERITA ⑧ FERITA PENETRANTE ⑨ LACERAZ./SCHIACC. ⑩ CONTUSIONE ⑪ USTIONE ⑫ EDEMA ⑬ LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA ☐ PROIETTATO m _____ ☐ INCASTRATO ☐ ESTRICAZIONE >20 MIN. ☐ ACCESSO DIFFICILE ☐ PRESENZA DECEDUTI ☒ MOTILITÀ ASSENTE ☒ SENSIBILITÀ ASSENTE	☐ OSSIGENO l/min _____ ☐ ASPIRAZIONE CAVO ORALE ☐ CANNULA OF ☐ VENTILAZIONE ☐ RCP ☐ APPLICAZIONE DAE ☐ TRASMISSIONE ECG ☐ RIMOZIONE CASCO ☐ ESTRICAZIONE (☐ RAPIDA) ☐ EMOSTASI ☐ MEDICAZIONE FERITE IMMOBILIZZAZIONE: ☐ ARTI ☐ SPINALE ☐ PROTEZIONE TERMICA
	REAG. CHIAM.	☐	☐	☐		
	REAG. DOLORE	☐	☐	☐		
	INCOSCIENTE	☐	☐	☐		
RESPIRO	NORMALE	☒	☐	☐		
	DIFFICOLTOSO	☐	☐	☐		
	ASSENTE	☐	☐	☐		
CIRCOLO	PERIFERICO	☒	☐	☐		
	CENTRALE	☐	☐	☐		
	RITMICO	☐	☐	☐		
	ARITMICO	☐	☐	☐		
	ASSENTE	☐	☐	☐		
CUTE	CALDA	☒	☐	☐		
	FREDDA	☐	☐	☐		
	ROSEA	☒	☐	☐		
	CIANOTICA	☐	☐	☐		
	PALLIDA	☐	☐	☐		
	SUDATA	☐	☐	☐		

FR <u>18</u>			CPSS ☐ DEVIAZIONE RIMA LABIALE ☐ SEGNI DI LATO ☐ ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO
SAT. ARIA <u>98</u>			ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)
SAT. O ₂			☐ EVENTO RILEVATO DA _____ ☐ RCP GIÀ IN CORSO ☐ ACC DURANTE IL TRASPORTO ☐ INIZIO RCP ORE <u>13:15</u> ☐ NR. SHOCK <u>1</u>
FC <u>100</u>			ESITO
PA <u>140/70</u>			☐ TRASPORTO CON RCP ☐ DECEDUTO ☐ ROSC ORE: <u>13:15</u>
TEMP. C° <u>36,2</u>			

RIFIUTO TRASPORTO / PRESIDI

Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione:

- ☐ rifiuto il trasporto in ospedale
☐ rifiuto l'applicazione dei presidi.
 Rif. Istruzione operativa 05 AREU.

DATA 03/04/24
ORA 13:15
FIRMA _____

DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO

AZIENDA / ISTITUTO <u>NIGUARDI</u>	INVIO	N. MATRICOLA COMPILATORE
☐ PRONTO SOCC.	1° RISCONTRO	<u>3039</u>
ORA ACCETTAZIONE <u>13:15</u>	TRASPORTO	



ACCESSO AI REFERTI

- Per gli assistiti di Regione Lombardia, tutti i referti (ad esclusione delle immagini relative ai referti delle prestazioni radiologiche o di altra diagnostica strumentale e anatomia patologica) sono scaricabili dal sito www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it.
Per eventuale richiesta di supporto: Numero Verde Regionale: 800.030.606 / Lunedì-Sabato: 8.00-20.00.
- Ogni nuovo referto è disponibile, anche nelle modalità di seguito descritte, a partire dalla data indicata sulla modulistica: prenotazione, accettazione, quietanza o fattura.

REFERTI DI RADIOLOGIA – MEDICINA NUCLEARE – NEURORADIOLOGIA - LABORATORIO – ANATOMIA PATOLOGICA

- **On Line:** accedi sul sito www.ospedaleniguarda.it sezione "Ritira Referti" inserendo codice fiscale, numero pratica e codice ritiro referto presente sulla modulistica rilasciata.
- **Casse automatiche:** posizionate presso Blocco Sud, Blocco Nord, DEA, Ingresso Principale e Casa Comunità Villa Marelli, Via Livigno: accedi con tessera sanitaria e numero di pratica (presente sulla modulistica: accettazione/prenotazione e/o quietanza/fattura) per stampare o scaricare il referto e le eventuali immagini con chiavetta USB.

ALTRI REFERTI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- **Ospedale:** prenotando l'accesso sul sito www.ospedaleniguarda.it alla sezione "Ritira Referti". Senza prenotazione il referto non potrà essere ritirato. Area Sud, Blocco Sud, piano terra (prelevare ticket al totem). Per info: ritiroreferti@ospedaleniguarda.it
- **Villa Marelli (solo per esami eseguiti in tale sede):** Viale Zara, 81 - Sportello Ritiro Referti, piano terra. Lunedì – Venerdì: 10.30 - 12.30 e 14.00 – 16.00. Per info: frontoffice.villamarelli@ospedaleniguarda.it
- **Livigno (solo per esami eseguiti in tale sede):** Via Livigno, 2/A – Portineria, piano rialzato. Lunedì – Venerdì: 10.00-16.00.
- **Ippocrate (solo per esami eseguiti in tale sede):** Via Ippocrate, 45 - Pad. 4 - Sportello Ritiro Referti, piano terra. Lunedì – Venerdì 11.00-13.00
- **Spedizione effettuata tramite RR:** con pagamento immediato presso gli sportelli di Accettazione:
 - CD + referto cartaceo € 6,00 (sei/00 euro)
 - solo referto cartaceo € 4,00 (quattro/00 euro)
 - estero o documentazione extra-peso € 12,00 (dodici/00 euro)

Spedire all'indirizzo: _____

Decorsi 30 giorni dalla data indicata per il ritiro, il referto non sarà più disponibile agli sportelli, sulle casse automatiche e on line. Il mancato ritiro in una delle modalità indicate comporta il pagamento dell'intero costo delle prestazioni effettuate con ulteriore aggravio di spese per il recupero coattivo dello stesso (L. 407/1990 e s.m.i.).

Trascorsi 30 giorni è possibile, a titolo oneroso, richiedere copia del referto eventualmente corredato da CD, presso l'Ufficio Certificazioni Sanitarie (visita il sito www.ospedaleniguarda.it sezione "richiedi cartella clinica").

ATTENZIONE

Come da DGR VI/42606 del 23/04/99, potrebbe essere richiesto un saldo integrativo dell'importo pagato, qualora siano state effettuate indagini più approfondite necessarie a completare l'iter diagnostico. L'eventuale integrazione del ticket può essere effettuata alle Casse Automatiche o agli Sportelli.

DELEGA***

Il referto può essere consegnato esclusivamente all'interessato o a persona in possesso di regolare delega. Se l'intestatario risulta essere minorenne e/o incapace, hanno diritto a ritirare copia degli esami solo i genitori esercenti la potestà che ne diano autocertificazione formale (o loro delegati) o il tutore.

Il/La sottoscritto/a _____ (documento in visione o fotocopia)

delego al ritiro dell'esame il/la sig./sig.ra _____

Documento di identità del delegato maggiorenne _____

_____ del ____/____/____

Firma di chi delega _____

Firma di chi ritira _____

Firma e numero matricola dell'addetto _____

*** NON È AMMESSA LA DELEGA PER IL RITIRO DEGLI ESAMI RELATIVI A HIV, TOSSICOLOGICI, COMMISSIONE PATENTI.

KHELIFA
YASSINE
Nato/a il 16/05/1993
Esami:
RXPOLSX RX POLSO SX

N.34493646
0034493646

Esterno
Numero Rich:
Del 21/05/2024
NUM.PRATICA:
2024/2672728

106862974
0106862974

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
Struttura Complessa: RADIOLOGIA
Direttore: Dr. A. VANZULLI
Segreteria Direttore: 02/6444.2700
Radiologia Blocco Sud: 02/6444.7912 - Fax: 02/6444.7758
Radiologia DEA: 02/6444.3714 - Fax: 02/6444.3712
E-mail: radiologia@ospedaleniguarda.it - radiologia.dea@ospedaleniguarda.it

Provenienza	Pronto Soccorso	
Cognome Nome	KHELIFA YASSINE	Codice Paziente 34493646
Data di nascita	16/05/1993	N° Accettazione 106841511
Residenza	()	
Esame	RX POLSO SX (2 PR.)	Data esame 03/04/2024

L'esame a cui lei è stato sottoposto/a rientra nella classe di dose Classe I (art.161 del D.lgs. 101/2020).

Quesito diagnostico: fratture

Frattura scomposta dell'epifisi distale radiale con coinvolgimento della superficie articolare.

Medico Specializzando
Dr. Tiziano Sirugo

Referto compilato da: Anna Chiara Cadonici il 03/04/2024 alle ore 15.43

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

T.S.R.M.
Simone Frisina

Medico Refertatore
Anna Chiara Cadonici

Documento firmato con firma elettronica ai sensi dell'art.3 n.10 del regolamento Europeo 910/2014. Si attesta che il presente documento è una copia su supporto analogico, conforme, in tutte le sue componenti, al documento informatico originale, conservato nel Sistema Informativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Nosologico: 2024526133

Ver. 1

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 Milano – C.F. e P.I. 09315660960



Dipartimento: Emergenza Urgenza – E.A.S.
S.C. MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax: 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it

SCHEDA DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

N.Accettazione: **2024526133** Data: **03/04/2024** Ora: **14:33**
 Cognome Nome: **KHELIFA YASSINE**
 Nato il: **16/05/1993** a: **ALGERIA** Cittadinanza: **ALGERIA**
 CF: **KHLYSN93E16Z301N** TS: Sesso: **MASCHIO**
 Residenza: **MESSINA (ME)** Via: **VIA DEL BUFALO**
 Domicilio: **MESSINA (ME)** Via: **VIA DEL BUFALO**
 Tel.:
 Dinamica dell'evento:

Modalità di arrivo: **1. Ambulanza 118**Responsabile dell'invio: **5. Intervento C.O. 118**

Sospetto: **ADULTO - Algoritmo Trauma Minore (Escluso Trauma Maggiore)**
Sospetto di lesioni tendinee con deficit di movimento

Priorità: **3.Azzurro**Ambulatorio: **01.CODICI MINORI (*)**

LA PREGHIAMO DI CONTROLLARE LA CORRETTEZZA DEI DATI ANAGRAFICI QUI SOPRA RIPORTATI. IN CASO DI ERRORI LO COMUNICHI AL BANCONI DI TRIAGE/ACCETTAZIONE. AL TERMINE DELLA VISITA SI RICORDI DI CONTROLLARE CHE I DOCUMENTI CHE LE VERRANNO CONSEGNATI SIANO CORRETTAMENTE INTESTATI E CHE GLI EVENTUALI DOCUMENTI DI SUA PROPRIETÀ LE SIANO STATI RESTITUITI. GRAZIE

POR FAVOR, CONTROLE QUE SUS DATOS PERSONALES, ESCRITOS MAS ARRIBA, SEAN CORRECTOS. EN CASO DE ERRORES LO INFORME A LA VENTANILLA DEL TRIAGE/ACEPTACION. CUANDO HAYA TERMINADO LA VISITA SE RECUERDE DE CONTROLAR QUE LOS DOCUMENTOS QUE LE ENTREGARAN ESTEN INTESTADOS CORRECTAMENTE CON SUS DATOS PERSONALES Y QUE LE HAYAN DEVUELTO SUS DOCUMENTOS PERSONALES. GRACIAS.

NOUS VOUS PRIONS DE CONTRÔLER L'EXACTITUDE DES DONNÉES ANAGRAPHIQUES INDIQUÉES CI-DESSUS. EN CAS D'ERREUR VEUILLEZ LA COMMUNIQUER AU GUICHET DE TRIAGE/ACCUEIL. À LA FIN DE LA VISITE RAPPELEZ-VOUS DE CONTRÔLER LES DOCUMENTS QUI VOUS SERONT REMIS, DE VÉRIFIER QUE VOTRE NOM SOIT ÉCRIT CORRECTEMENT ET QUE LES ÉVENTUELS DOCUMENTS VOUS APPARTENANT VOUS AIENT ÉTÉ RESTITUÉS. MERCI.

الرجاء من حضراتكم مراجعة صحة البيانات الشخصية هنا . في حالة وجود اخطاء يجب تبليغ من يوجد في مكتب الاستقبال , بعد نهاية الكشف
 الرجاء ان تتذكر أن تراجع كل الأوراق الذي تسلم لك مع مراعاة أن يكون كل الأوراق تحمل اسمك و تأكد انك تسلمت كل أوراقك . و شكرا

ПРОСИМ ВАС ПРОВЕРИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ ДАННЫХ. В СЛУЧАЕ ОШИБОК СООБЩИТЬ В РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ПУНКТ. ПО ОКОНЧАНИИ ВИЗИТА НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРОВЕРИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ В ВЫДАННЫХ ВАМ ДОКУМЕНТАХ, А ТАКЖЕ НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАБРАТЬ ПРИНАДЛЕЖАЩИЕ ВАМ ДОКУМЕНТЫ, ЕСЛИ ВЫ ИХ ПРЕДОСТАВИЛИ ВО ВРЕМЯ ВИЗИТА. СПАСИБО

请仔细校对上面的个人资料。如有错误请告知服务台接收处。就诊完毕后请查对给您的证明内容是否与您的个人资料相符合，并核实您的证件是否已如数归还，谢谢。

Nel nostro pronto soccorso l'accesso alla visita medica è determinato dal livello di urgenza, che viene assegnato dall'infermiere di accettazione/triage ed è indicato da un codice colore (rosso, giallo, verde, bianco). Troverà il codice colore che Le è stato assegnato sulla parte anteriore di questo stesso foglio. A parità di codice colore, l'ingresso viene come regola determinato dall'ora di arrivo, ma riconosciamo una precedenza agli anziani oltre gli 80 anni, ai bambini minori di 10 anni e alle persone disabili. Se al termine della visita il medico indicherà che la prestazione sanitaria richiesta non presentava carattere di urgenza, Le verrà richiesto il pagamento di un ticket di partecipazione alla spesa. Troverà questa indicazione in fondo al verbale di dimissione. In questo caso La preghiamo di rivolgersi al bancone di accettazione sito nell'atrio principale per effettuare il pagamento. Per problemi di spazio, i pazienti che attendono la visita medica nell'area di attesa interna possono essere accompagnati da una persona solo se minori o di età superiore ai 65 anni o disabili. Negli altri casi gli accompagnatori sono pregati di attendere nell'atrio principale dove verranno contattati dal personale per avere o per fornire informazioni. Grazie per la collaborazione.

En nuestro Servicio de Urgencias el orden de las visitas médicas se establecen por el grado de urgencia que es determinado por la enfermera del Triage/Aceptación y se comunica con la asignación de un color (por orden de urgencia los colores son rojo, amarillo, verde, blanco). Encontrará el color que le ha sido asignado en la parte anterior de este volante. Para las personas con el mismo color el orden de las visitas sigue además la hora de ingreso, con excepción de las personas ancianas mayores de 80 años, de los niños menores de 10 años y las personas discapacitadas. Si cuando termina la visita el médico señala que ésta no era urgente, le pedirán de pagar una participación a los gastos o ticket. Esta indicación se encuentra escrita en fondo del verbal del médico. En este caso, se ruega de dirigirse a la ventanilla de aceptación situada en el vestíbulo principal para pagar. Por problemas de espacio, los pacientes que esperan la visita del médico en la sala de espera interna pueden ser acompañados solo si son menores de edad, si son de edad superior a 65 años o si son discapacitados. En todos los otros casos, se ruega a los acompañadores de esperar en el vestíbulo principal, donde serán contactados por el personal para dar o para recibir informaciones. Gracias por vuestra colaboración.

Dans notre service des Urgences, l'accès à la visite médicale est déterminé par le degré d'urgence, qui est attribué par l'infirmier de l'accueil/triage et est indiqué par un code couleur (Rouge, Jaune, Vert, Blanc). Vous trouverez le code couleur qui vous a été attribué sur la partie antérieure de cette feuille. En cas de parité de code couleur, l'entrée est déterminée par l'heure d'arrivée, mais une priorité est donnée aux personnes de plus de 80 ans, aux enfants de moins de 10 ans et aux personnes handicapées. A la fin de la visite, si le médecin indique que la prestation sanitaire demandée ne présentait pas un caractère urgent, le paiement d'un ticket modérateur de participation aux frais vous sera demandé. Vous trouverez cette indication au bas de l'autorisation de sortie. Dans ce cas, nous vous prions de vous adresser au guichet d'accueil situé à l'entrée principale pour effectuer le paiement. En raison de problèmes d'espace, les patients qui attendent la visite médicale dans l'aire d'attente interne peuvent être accompagnés par une personne seulement s'ils sont mineurs, ou s'ils ont plus de 65 ans ou s'ils sont handicapés. Dans les autres cas, les accompagnateurs sont priés d'attendre dans l'entrée principale où le personnel les contactera pour obtenir ou pour fournir des renseignements. Nous vous remercions pour votre collaboration.

لدينا في الاستقبال , الدخول الي الكشف محدد بمستويات حسب استعجال الحالة . و هذا يتم تحبيده من ممرضة الاستقبال و هذا يتم بوضع لون لكل حالة (أحمر - أصفر - أخضر - أبيض) و ستجد هذا اللون الذي يتم إعطائه لحالتك في الناحية السفلي لنفس الورقة . في حالة تساوي الألوان فإن الدخول أولا يكون لمن حضر أولا . ولكن هناك أولوية لكبار السن أكبر من 80 سنة و للأطفال أقل من 10 سنوات و الأشخاص المعوقين . في نهاية الكشف إذا وضع الطبيب أن الخدمات الصحية التي قدمت لا تستدعي الاستعجال فإنه سيطلب منك دفع التكت (تذكرة كشف) و المشاركة في نفقة العلاج . و ستجد هذه الارشادات في نهاية محضر الخروج , وفي هذه الحالة الرجاء اللجوء الي شباك الاستقبال للدفع و هو يوجد في الجهة الرئيسية . بسبب مشكلة المكان فإن المرضى المنتظرين في صالة الانتظار الداخلية لأجراء الكشف يمكن أن يكون لهم مرافق واحد لكل مريض و ذلك فقط إذا كان المريض قلصر أو اكبر من 65 سنة أو معوق . غير ذلك من الحالات فالمرفقين يمكنهم الانتظار في صالة الانتظار الرئيسية وحيث يتم مقابلتهم مع المتخصصين في حالة الاحتياج و ذلك لأعطاء أو أخذ معلومات . و شكرا للتعاون .

В нашем отделении скорой помощи очередность визита к врачу зависит от серьезности положения пациента, которая определяется медицинским персоналом при регистрации и обозначается кодовым цветом (красный, жёлтый, зелёный, белый). Данный Вам кодовый цвет обозначен на лицевой стороне эр2ого бланка. Порядок визита к врачу пациентов с одним и тем же кодовым цветом, как правило, зависит от времени регистрации. Исключение составляют пожилые люди старше 80 лет, дети до 10 лет и инвалиды. Если по окончании визита врач укажет, что запрошенная медицинская услуга не имела неотложный характер, Вам предложат произвести частичную оплату визита к врачу (ticket). Об этом будет указано в нижней части заполненного врачом бланка с диагнозом. В этом случае просим Вас обратиться в регистрационный пункт, который находится в главном вестибюле, для оплаты услуг. В связи с нехваткой места пациенты, ожидающие визита к врачу во внутреннем зале ожидания, могут сопровождаться только одним лицом и только в том случае если пациенты являются несовершеннолетними, если они старше 65 лет или если они являются инвалидами. В остальных случаях сопровождающих абиц просят ожидать в главном вестибюле где их найдёт персонал для сбора или сообщения информации. Спасибо за сотрудничество.

在我们的急诊室只限于接收紧急病例，由接收处的护士接待并用有颜色标志区分（红色、黄色、绿色、白色）。颜色标志就注明在此登记表的首页。

除了依据颜色秩序外，也依据病人的到达时间顺序，但是超过80岁的老人、小于10岁的儿童和残疾人有优先权。如果给您的是白色标志并经医生检查确认后，你还必须支付挂号费用。在出院证明的末端将会注明。这种情况下，请您到位于大厅的服务台登记处付款。

由于空间的问题，在就诊大厅里的病人，只有儿童、超过65岁的老人和残疾人才允许有一位陪伴者。其他的陪伴者则在等候大厅等待，将会有工作人员及时传送病人的消息。

谢谢合作。

PRENOTAZIONE RICOVERO 556627

ANAGRAFICA

Identificativo del paziente: 34493646

Cognome: KHELIFA

Nome: YASSINE

Data di nascita: 16/05/1993

Tessera sanitaria:

Cittadinanza: ITALIA

Residente a: MESSINA

Indirizzo: VIA DEL BUFALO, 2

Domiciliato a:

Indirizzo:

Recapiti telefonici

Abitazione: 3515656095

Luogo di nascita: ALGERIA

Codice fiscale: KHLYSN93E16Z301N

Provincia: MESSINA

Provincia:

Ufficio:

Età: 30

Sesso: M

CAP/ZIP: 98100

CAP/ZIP:

Cellulare: 3516332693

DATI RICHIESTA

Persona di riferimento:

Priorità ricovero: A entro 30 giorni

Necessita un prericovero: Sì

Data prev. Ricovero: -

Tipo chirurgia: Chirurgia intermedia

Codifica Intervento: 7932 Riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna

Degenza (gg): 5

Diagnosi principale: 81323 Frattura chiusa del corpo di radio e ulna

Regime proposto: Degenza Ordinaria

Provenienza: RIC.PROGRAMMATO

Reparto di degenza: 4311 Ortop e Traumat DO Traumat DEA NORD

Data inserimento: 03/04/2024

Data prericovero: -

Data prev. Intervento: -

Comorbidità: NO

Tempo chir. (min): 106

Onere di degenza: S.S.N.

Note: RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI POLSO SINISTRO. SARA' ASSENTE DAL 12 FINO AL 19

PRESTAZIONI DI PRERICOVERO

SOD - P- SODIO

PTT - P- TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)

PT - P- TEMPO DI PROTROMBINA (TP-AP)

POTAS - P- POTASSIO

GLUC - P- GLUCOSIO

EMFO - SG-ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E FORMULA

CREA - P- CREATININA

CL - P- CLORURO

BILIREF - BILIRUBINA TOTALE REFLEX

AST - P- ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST-GOT)

ALT - P- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT-GPT)

03/04/2024 20:11

Medico Proponente dr./dr.ssa LUNINI ENRICOMARIA (matr. 17114)



DIPARTIMENTO EMERGENZA, URGENZA ED ACCETTAZIONE (E.A.S.)

Struttura Complessa: **MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

Verbale n. 2024526133

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: **KHELIFA YASSINE**Cod Fisc: **KHLYSN93E16Z301N** Sesso: **M**Luogo e data di nascita: **ALGERIA, 16/05/1993**

Domicilio:

N°

CAP:

Comune:

Prov.

Residenza: **VIA DEL BUFALO**N° **2**Comune: **MESSINA**Prov. **ME**Recapiti telefonici: **000**

Altri riferimenti:

TRIAGE

Triage: Data: **03/04/2024**Ora: **14:33**Prima visita: Data: **03/04/2024**Ora: **18:53**Infermiere/a Triage: **Daniela Stabelini**Medico accettante: **LUNINI ENRICOMARIA - 17114**Codice colore triage: **3 - AZZURRO**Modalità di accesso: **1. Ambulanza 118**

Sintomi al triage:

Trauma: Sospetto di lesioni tendinee con deficit di movimento

Note:

Valutazione infermieristica:

RIVALUTAZIONE TRIAGE

Data - ora/operatore	Problema principale e sintomi	Codice Priorità	Valutazione infermieristica
03/04/2024 14:47 MARIANNA SANFILIPPO	Trauma - Trauma cervicale GCS 15 con uno tra: dinamica da 1 metro o 5 gradini, >10Km/h o ciclista o pedone,	4 - Verde	Giunge in PS con MSB per trauma con moto. Ha urtato un camion a bassa velocità con caduta sul fianco sx. Indossava il casco che ha tolto in autonomia. Non riferisce PDC. Adesso riferisce dolore arto superiore di sx. Non ha assunto antidolorifici ALLERGIE: non note Patologie concomitanti: non note Si rilevano segni vitali. Si modificano segni e sintomo principale e codice priorità assegnato al Triage. Barriera linguistica con difficoltà a raccogliere i dati

PARAMETRI RILEVATI

	SatO2 (%)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (rpm)	Coscienza (-)
03/04/2024 14:32					A-alert
03/04/2024 14:50	98	140	85	75	A-alert





DIPARTIMENTO EMERGENZA, URGENZA ED ACCETTAZIONE (E.A.S.)

Struttura Complessa: **MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it**VERBALE DI PRONTO SOCCORSO**

Verbale n. 2024526133

PRESTAZIONI EFFETTUATE

RXPOLSX	Rx Polso Sinistro (2 Pr.)	8823	TCPOMASX	Tac Polso/Mano Sx Senza Contrasto	88383
VPS	Visita Generale Di Pronto Soccorso	897	PS01-VORT	Visita Generale Ortopedica	897B7

DIARIO CLINICO ASSISTENZIALE**DIARIO**

Data: 03/04/2024 Ora: 14:52

Inf.M. SANFILIPPO

Si applica PPCI: analgesia e trauma

Somministrato paracetamolo 1gr per os, non riferisce allergie

DIARIO

Data: 03/04/2024 Ora: 20:02

Dott.E. LUNINI

si esegue manovra di riduzione con ripristino del profilo anatomico, posizionato apparecchio gessato antibrachio metacarpale.

al controllo rx in tutela riduzione attualmente sufficiente.

frattura articolare : si richiede tac per studio frattura

RESO EDOTTO DEL QUADRO CLINICO E DELLE NECESSITA' TERAPEUTICHE SI PROGRAMMA PROCEDURA CHIRURGICA.

arto antideclive sopraelevato rispetto al cuore, kinesi delle dita per facilitare il ritorno venoso, controllo circolo e sensibilità periferica.

paracetamolo 1 g al bisogno max 3 die ev Tachidol se dolore piu' intenso (max 3 bustine die).

SARA RICONTATTATO DALLA SEGRETERIA DI DIPARTIMENTO PER RICOVERO E INTERVENTO CHIRURGICO.

DIAGNOSI

813.21-FRATTURA CHIUSA SOLTANTO DEL CORPO DEL RADIO

Prognosi: GIORNI

Giorni di prognosi: 30

ALTRE INFORMAZIONI

Note al medico o al reparto:

ESEGUITA FISSURAZIONE DEL GESSO PRIMA DELLA DIMISSIONE.

Consigli al paziente:

VEDI DIARIO: ARTO ANTIDECCLIVE E AL COLLO

ANALGESICI AL BISOGNO, ASTENSIONE DA SFORZI CON ARTO IN TUTELA.

RIVALUTAZIONE URGENTE IN PS SE PROBLEMI DI SENSIBILITA' E CIRCOLO PERIFERICI

ESITO



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO EMERGENZA, URGENZA ED ACCETTAZIONE (E.A.S.)

Struttura Complessa: **MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

Verbale n. 2024526133

ESITO

1. Dimissione a domicilio

Codice in dimissione: **Paziente Urgente Differibile**

CERTIFICATI

Nessun certificato presente

Data: **03/04/2024**

Ore: **20:04**

Firma del Medico: **LUNINI ENRICOMARIA**

All'utente è stato consegnato il verbale degli esami eseguiti.

Note di Reperibilità:

Note di Reperibilità: Per informazioni sulla consultazione del referto rivolgersi alla struttura competente.

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

Nel caso di referto firmato digitalmente ai sensi del DLGS 82/2005 s.m.i.,

I risultati degli esami/visite effettuate sono disponibili anche su internet. È sufficiente collegarsi al sito www.crs.lombardia.it nella sezione "Servizi on-line per il cittadino", per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Elettronico e consultare i referti.



Comunicazione di inizio ricovero

Copia cartacea per gli usi consentiti

Numero di protocollo univoco della
comunicazione di inizio ricovero (PUCIR)

378203617

Data di comunicazione

08/04/2024

DATI DELLA STRUTTURA

Codice Regione 030

Codice ATS/ASSST 701

DATI RICOVERO

Data di inizio ricovero 08/04/2024

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività
lavorativa alla data di ricovero

La malattia è dovuta ad evento traumatico

☐

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome: KHELIFA

Nome: YASSINE

C.F. KHLYSN93E16Z301N

Nato/a il: 16/05/1993

a (Comune o stato estero): ALGERIA

Provincia: EE

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)

In via/piazza V. APPENNINI

Comune MILANO

CAP 20151

n. 66
Provincia MI

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009



DIPARTIMENTO EMERGENZA, URGENZA ED ACCETTAZIONE (E.A.S.)

Struttura Complessa: **MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

Verbale n. 2024527544

DATI ANAGRAFICICognome e Nome: **KHELIFA YASSINE**Cod Fisc: **KHLYSN93E16Z301N** Sesso: **M**Luogo e data di nascita: **ALGERIA, 16/05/1993**Domicilio: **V. APPENNINI**N° **66**CAP: **20151** Comune: **MILANO**Prov. **MI**Residenza: **VIA APPENNINI**N° **66**Comune: **MILANO**Prov. **MI**Recapiti telefonici: **3516332693**

Altri riferimenti:

TRIAGETriage: Data: **08/04/2024** Ora: **11:28**Prima visita: Data: **08/04/2024** Ora: **11:55**Infermiere/a Triage: **ILARIA PADUANELLA**Medico accettante: **MESSORI MATTEO - 17706**Codice colore triage: **5 - BIANCO**Modalità di accesso: **3. Autonomo (arrivato con mezzi propri)**

Sintomi al triage:

Trauma: **Disturbo da gesso senza segni di compromissione vascolare/nervosa**

Note:

Valutazione infermieristica:

RIVALUTAZIONE TRIAGE

Data - ora/operatore	Problema principale e sintomi	Codice Priorità	Valutazione infermieristica
08/04/2024 11:49 Graziella Villa	Trauma - Disturbo da gesso senza segni di compromissione vascolare/nervosa	5 - Bianco	

MOTIVO DELL'ACCESSO E DATI ANAMNESTICI

08/04/2024 11:56 Dott. M. MESSORI 17706 In data 03/04 trauma polso sinistro - frattura radio distale polso sinistro
In nota operatoria per intervento chirurgico
giunge oggi per persistenza di sintomatologia

ESAME OBIETTIVO ALL'ACCETTAZIONE

Polso sinistro
dita calde, lieve tumefazione al I raggio
gesso in sede, già fissurato
no deficit vascolonervosi clinicamente evidenti

PARAMETRI RILEVATI

	Coscienza (-)
08/04/2024 11:27	A-alert

PRESTAZIONI EFFETTUATE

DIPARTIMENTO EMERGENZA, URGENZA ED ACCETTAZIONE (E.A.S.)

Struttura Complessa: **MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO**

Direttore: Dr. Filippo Galbiati

Coordinatore Sanitario: Giorgio Gadda

Pronto Soccorso: 02/6444.1

Fax 02/6444.2502

Email: prontosoccorso@ospedaleniguarda.it

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO

Verbale n. 2024527544

PRESTAZIONI EFFETTUATE

PS01-VORT

Visita Generale Ortopedica

897B7

DIAGNOSI

813.40-FRATTURA CHIUSA DELL'ESTREMITÀ DISTALE DI RADIO E ULNA, NON SPECIFICATA

Prognosi: GIORNI

Giorni di prognosi: 30

ALTRE INFORMAZIONI

Condizioni cliniche:

Frattura radio distale polso sinistro

Note al medico o al reparto:

Attende ricovero ospedaliero per intervento chirurgico

Nel frattempo:

mantenere braccio sopraelevato oltre l'altezza del cuore

Paracetamolo 1 gr 3 volte al giorno

Se dolore non tollerato Tachidol max 2 volte al giorno

ESITO

1. Dimissione a domicilio

Codice in dimissione: **Paziente Non Urgente**

LA PREGHIAMO DI RECARSI PRESSO GLI SPORTELLI DI ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA DEL PRONTO SOCCORSO PER IL PAGAMENTO O LA VERIFICA DELL'EVENTUALE ESENZIONE. IN CASO DI MANCATO PAGAMENTO VERRA' AVVIATA UNA PRATICA DI RECUPERO CREDITI.

CERTIFICATI

Nessun certificato presente

Data: 08/04/2024

Ore: 11:59

Firma del Medico: **MESSORI MATTEO**

All'utente è stato consegnato il verbale degli esami eseguiti.

Note di Reperibilità:

Note di Reperibilità: Per informazioni sulla consultazione del referto rivolgersi alla struttura competente.

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

Nel caso di referto firmato digitalmente ai sensi del DLGS 82/2005 s.m.i.,

I risultati degli esami/visite effettuate sono disponibili anche su internet. È sufficiente collegarsi al sito www.crs.lombardia.it nella sezione "Servizi on-line per il cittadino", per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Elettronico e consultare i referti.



DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - E.A.S.

Struttura Complessa: ORTOPEDIA

Direttore: Dr. F. BOVE

Coordinatore Sanitario: Sig.ra G. GRIECO

Segreteria: 02/6444.2541 - Fax 02/6444.2392

02/6444.7895 - Fax 02/6444.8145

Degenza SUD: 02/6444.5033 - Fax 02/6444.2762

Coordinatore Sanitario 02/6444.5032

Ambulatorio: 02/6444.8398

E-mail: segrcentralizzata.eas@ospedaleniguarda.it

LETTERA DI DIMISSIONE MEDICA

Cognome: KHELIFA

Nome: YASSINE

Nato/a il: 16/05/1993

CF: KHLYSN93E16Z301N

Indirizzo: VIA APPENNINI, 66 - MILANO (MI)

Nosologico: n° 2024024225 dal 09/04/2024 al 12/04/2024

Regime: Ordinario

DIAGNOSI DI DIMISSIONE

Frattura radio distale sinistro - osteosintesi con placca e viti

MOTIVO DEL RICOVERO

Accertamenti clinico-radiografici e trattamento chirurgico

SINTESI ANAMNESTICA

In data 3/4/2024 incidente in moto con trauma polso sinistro, si recava in PS dove si diagnosticava frattura radio distale polso sinistro per cui dopo posizionamento di apparecchio gessato si dava indicazione chirurgica

DECORSO CLINICO E TRATTAMENTI

Decorso clinico regolare, sono stati eseguiti esami di routine preoperatoria. Il paziente ha iniziato fkt assistita in acuto.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

10/04/2024 eseguito intervento di riduzione e sintesi della frattura con placca e viti

DECORSO POSTOPERATORIO

Decorso clinico regolare, parametri vitali nella norma, buon controllo della sintomatologia algica, ferita chirurgica asciutta senza segni di flogosi, non deficit vascolari o nervosi periferici in atto.

INDAGINI ESEGUITE

- Esami ematici preoperatori e post-operatori
- ECG
- RX preoperatorie e postoperatorie.
- Valutazione anestesiológica

TERAPIA DURANTE IL RICOVERO

Ha proseguito la terapia domiciliare in aggiunta:
-profilassi antibiotica preoperatoria

Referto firmato digitalmente ai sensi del DLGS 82/2005 s.m.i. Si attesta che il presente documento è una copia su supporto analogico, conforme, in tutte le sue componenti, al documento informatico originale, conservato nel Sistema Informativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.



-terapia antalgica tollerata al bisogno

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

Condizioni generali stabili, parametri vitali nella norma, buon controllo del dolore, NRS<2. Ferita chirurgica asciutta senza segni di flogosi, non deficit vascolari o nervosi periferici in atto.

PROGRAMMA ALLA DIMISSIONE

Controlli programmati:

Non previsti

Terapia consigliata

Prosecuzione dell'abituale terapia domiciliare alla quale aggiungere:

- Paracetamolo 1g 1cp al bisogno massimo 3 volte al giorno (intervallo minimo fra le assunzioni 8H)
- Se dolore persistente aggiungere Ibuprofene 400 mg 1 co al bisogno massimo 2 volte al giorno (intervallo minimo fra le assunzioni 12H) + Omeprazolo 20mg 1 cp il mattino a stomaco vuoto

Nota per il medico curante

- Mantenere il braccio operato in posizione sollevata
- Mantenere la medicazione asciutta e pulita, non bagnare fino a rimozione dei punti di sutura
- Mobilizzazione precoce delle dita, in particolare delle metacarpo-falangee delle dita lunghe e della catena del pollice.
- Mantenere il braccio operato in posizione sollevata
- Controllo clinico e medicazione tra 5-7 giorni in ambulatorio ortopedia, previa prenotazione. *no posto*
- Rimozione dei punti di sutura a circa 21 giorni dall'intervento chirurgico presso ambulatorio ortopedia previa prenotazione CUP o presso il bancone del Pronto Soccorso *MANCA IMPEGNATIVA*
- Visita ortopedica di controllo a 35-40 giorni dall'intervento chirurgico con esecuzione di RX polso sinistro presso ambulatorio ortopedia previa prenotazione CUP o presso il bancone del Pronto Soccorso

non controindicazioni a viaggiare in aereo

Attivazione servizi sociali interni

No

Attivazione Supporto Territoriale

No

Suggerimenti su abitudini di vita

Nessun suggerimento specifico

Lettera firmata da: Dott. MARIA ALICE AGUS (14489)

Data e ora della firma: 12/04/2024 11:52

Data di dimissione: 12/04/2024



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - E.A.S.
Struttura Complessa: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dr. F. BOVE
Coordinatore Sanitario: Sig. B. DI ROSA

Segreteria degenza DEA: 02/6444.2541 - Fax 02/6444.2392
02/6444.7895 - Fax 02/6444.8145

Segreteria Day Surgery/Week Surgery: 02/6444.3789 - .2268 Fax 02/6444.2656
Ambulatorio: 02/6444.8398 - Fax 02/6444.8375

Degenza DEA NORD: 02/6444.2331 - Fax 02/6444.2939
Degenza DEA SUD: 02/6444.8213 - Fax 02/6444.8216
Coordinatore Sanitario: Sig.ra G. GRIECO 02/6444.2115

E-mail: segrcentralizzata.eas@ospedaleniguarda.it

RELAZIONE CLINICA AMBULATORIALE

Cognome: KHELIFA
Nome: YASSINE
Nato/a il: 16/05/1993
CF: KHLYSN93E16Z301N
Indirizzo: VIA APPENNINI, 66 - MILANO (MI)
Nosologico: n° 2024_2668870 del 02/05/2024

Motivo della visita e note anamnestiche

10.4.24 orif polso a sinistra
2.5.24 si medica in data odierna , ferita in ordine , si rimuovono punti di sutura

Diagnosi/ipotesi diagnostica

esiti orif polso a sinistra

Si consiglia

iniziare mobilizzazione delle dita e del polso
utilizzo di tutore polsiera lunga semirigida
controllo clinico e rx polso a tra 2-3 settimane (PRENOTARE IMPEGNATIVE CONSEGNATE IL 12.4)

Documento firmato da: **AGUS MARIA ALICE** (14489) il 02/05/2024 09:14

Prestazioni eseguite:

VISITA SUCCESSIVA DI ORTOPEDIA

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

Referto firmato digitalmente ai sensi del DLGS 82/2005 s.m.i. Si attesta che il presente documento è una copia su supporto analogico, conforme, in tutte le sue componenti, al documento informatico originale, conservato nel Sistema Informativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Nosologico: 2024_2668870

ver. 1

1 di 1



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Tel. 02 6444.1 www.ospedaleniguarda.it

P.IVA: 09315660960

PRENOTAZIONE

N.Pratica 2024/3094425 Data 21/05/2024



PAGATA

202403094425

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ASSISTITO 34493646
Cognome e nome KHELIFA YASSINE
Codice Fiscale KHLYSN93E16Z301N
Data di nascita 16/05/1993
Tessera sanitaria 863BT287
Telefono 3516332693

KHELIFA YASSINE

VIA APPENNINI 66
20100 MILANO (MI)

Appuntamento
presso ASST NIGUARDA PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE 3

Telefono 026444

Ambulatorio: BLOCCO NORD-RADIOLOGIA-ORTOPEDIA (RADORT - N--)

C.d.C.5465

Accomodarsi in: AREA NORD BLOCCO NORD SETTORE A PIANO -1 ATTIVITA' DIAGNOSTICA

Presentarsi il giorno 21/06/2024 alle ore 09:10

8823 RX POLSO SX

REFERTO DISPONIBILE DAL 28/06/2024 - CODICE RITIRO REFERTO 202403094425E16Z301N

- FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (solo referti senza immagini)* per i residenti in Lombardia
- ONLINE* sul sito www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti", utilizzando codice ritiro referto 202403094425E16Z301N
- CASSE AUTOMATICHE* in ospedale (Pad. 1 - Blocco Sud - Blocco Nord - Blocco DEA), Casa di Comunità Villa Marelli e Casa di Comunità Livigno con: Codice Fiscale, N. pratica e Chiavetta USB. * Solo i referti di Anatomia Patologica - Laboratorio (tranne esami: HIV, commissione patente e tossicologici) - Medicina Nucleare - Neuroradiologia - Radiologia
- SPORTELLI (presentarsi per il ritiro solo nelle sedi di esecuzione della prestazione): --- OSPEDALE NIGUARDA appuntamento obbligatorio (www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti")
--- CASA DI COMUNITA' VILLA MARELLI (Viale Zara, 81) Lunedì - Venerdì: 10.30-12.30 e 14.00-16.00 --- CASA DI COMUNITA' LIVIGNO (Via Livigno 2/A) Lunedì - Venerdì: 10.00-16.00 --- IPPOCRATE (Via Ippocrate, 45 - Pad. 4) Lunedì - Venerdì 11.00-13.00
Per ulteriori informazioni consultare il sito www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti"

Le ISTRUZIONI TELEVISITA sono disponibili sul sito www.ospedaleniguarda.it sezione SERVIZI AL PAZIENTE

ACCETTAZIONE/PAGAMENTO: Il giorno dell'appuntamento presentarsi almeno 15 minuti prima dell'orario indicato muniti di: prescrizione medica, tessera sanitaria, eventuali esenzioni, documentazione sanitaria.

PAGAMENTO: CASSE AUTOMATICHE (no contanti e no pagamenti di Laboratorio e di Anatomia Patologica) o SPORTELLO (contanti e POS). Dopo pagamento accomodarsi in sala d'attesa e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

- Se pagamento già effettuato o esente, recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code".

ESENTI o PAGAMENTO GIA' EFFETTUATO: Recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione: con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

RICALCOLO IMPORTO DOVUTO: Per il completamento dell'iter diagnostico potrebbero essere necessarie indagini di approfondimento con eventuale richiesta di un saldo integrativo dell'importo dovuto, rilevabile in fase di pagamento o di ritiro referto.

REVOCA APPUNTAMENTO: Per non incorrere nella prevista sanzione amministrativa è obbligatorio disdire la prestazione entro 72 ore dall'appuntamento (Call Center Regionale o via mail a revoche@ospedaleniguarda.it). Per prenotazioni contattare il Call Center Regionale al n. verde 800.638.638 o da cellulare al n. 02/999599.

Si informa che l'ASST Niguarda tratta i suoi dati personali, esclusivamente per comunicazioni attinenti alle prestazioni sanitarie che la riguardano, incluso l'invio e-mail o SMS ai dati di contatto forniti, anche per indagini customer satisfaction, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali.
Informativa reperibile nell'area dedicata presente sul sito istituzionale: www.ospedaleniguarda.it



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel. 02 6444.1 www.ospedaleniguarda.it
P.IVA: 09315660960

PRENOTAZIONE

N.Pratica 2024/2672728 Data 02/05/2024



PAGATA

202402672728

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

KHELIFA YASSINE

ASSISTITO 34493646
Cognome e nome **KHELIFA YASSINE**
Codice Fiscale **KHLYSN93E16Z301N**
Data di nascita **16/05/1993**
Tessera sanitaria **863BT287**
Telefono **3516332693**

VIA APPENNINI 66
20100 MILANO (MI)

Appuntamento
presso ASST NIGUARDA PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE 3

Telefono 026444

Ambulatorio: BLOCCO NORD-RADIOLOGIA-ORTOPEDIA (RADORT - N--)

C.d.C.5465

Accomodarsi in: **AREA NORD BLOCCO NORD SETTORE A PIANO -1 ATTIVITA' DIAGNOSTICA**

Presentarsi il giorno 21/05/2024 alle ore 10:40

8:05

8823 RX POLSO SX

REFERTO DISPONIBILE DAL 28/05/2024 - CODICE RITIRO REFERTO 202402672728E16Z301N

- FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (solo referti senza immagini)* per i residenti in Lombardia
- ONLINE* sul sito www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti", utilizzando codice ritiro referto 202402672728E16Z301N
- CASSE AUTOMATICHE* in ospedale (Pad. 1 - Blocco Sud - Blocco Nord - Blocco DEA), Casa di Comunità Villa Marelli e Casa di Comunità Livigno con: Codice Fiscale, N. pratica e Chiavetta USB. * Solo i referti di Anatomia Patologica - Laboratorio (tranne esami: HIV, commissione patente e tossicologici) - Medicina Nucleare - Neuroradiologia - Radiologia
- SPORTELLI (presentarsi per il ritiro solo nelle sedi di esecuzione della prestazione): --- OSPEDALE NIGUARDA appuntamento obbligatorio (www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti")
--- CASA DI COMUNITA' VILLA MARELLI (Viale Zara, 81) Lunedì - Venerdì: 10.30-12.30 e 14.00-16.00 --- CASA DI COMUNITA' LIVIGNO (Via Livigno 2/A) Lunedì - Venerdì: 10.00-16.00 --- IPOCRATE (Via Ippocrate, 45 - Pad. 4) Lunedì - Venerdì 11.00-13.00
IL REFERTO NON RITIRATO ENTRO 30 GIORNI COMPORTA IL PAGAMENTO PER INTERO DEL COSTO DELLA PRESTAZIONE (Legge n. 407 del 29/12/1990 e prec.)

ACCETTAZIONE/PAGAMENTO: Il giorno dell'appuntamento presentarsi almeno 15 minuti prima dell'orario indicato muniti di: prescrizione medica, tessera sanitaria, eventuali esenzioni, documentazione sanitaria.

PAGAMENTO: CASSE AUTOMATICHE (no contanti e no pagamenti di Laboratorio e di Anatomia Patologica) o SPORTELLO (contanti e POS). Dopo pagamento accomodarsi in sala d'attesa e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

- Se pagamento già effettuato o esente, recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code".

ESENTI o PAGAMENTO GIA' EFFETTUATO: Recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione: con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

RICALCOLO IMPORTO DOVUTO: Per il completamento dell'iter diagnostico potrebbero essere necessarie indagini di approfondimento con eventuale richiesta di un saldo integrativo dell'importo dovuto, rilevabile in fase di pagamento o di ritiro referto.

REVOCA APPUNTAMENTO: Per non incorrere nella prevista sanzione amministrativa è obbligatorio disdire la prestazione entro 72 ore dall'appuntamento (Call Center Regionale o via mail a revoche@ospedaleniguarda.it). Per prenotazioni contattare il Call Center Regionale al n. verde 800.638.638 o da cellulare al n. 02/999599.

Si informa che l'ASST Niguarda tratta i suoi dati personali, esclusivamente per comunicazioni attinenti alle prestazioni sanitarie che la riguardano, incluso l'invio e-mail o SMS ai dati di contatto forniti, anche per indagini customer satisfaction, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali.
Informativa reperibile nell'area dedicata presente sul sito istituzionale: www.ospedaleniguarda.it

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
Struttura Complessa: RADIOLOGIA
Direttore: Dr. A. VANZULLI
Segreteria Direttore: 02/6444.2700
Radiologia Blocco Sud: 02/6444.7912 - Fax: 02/6444.7758
Radiologia DEA: 02/6444.3714 - Fax: 02/6444.3712
E-mail: radiologia@ospedaleniguarda.it - radiologia.dea@ospedaleniguarda.it

Provenienza	Esterno	
Cognome Nome	KHELIFA YASSINE	Codice Paziente 34493646
Data di nascita	16/05/1993	N° Accettazione 106862974
Residenza	VIA APPENNINI 66 20100 MILANO (MI)	
Esame	RX POLSO SX (2 PR.)	Data esame 21/05/2024

L'esame a cui lei è stato sottoposto/a rientra nella classe di dose Classe I (art.161 del D.lgs. 101/2020).

QD:orif polso a sinistra

Si prende visione del precedente RX eseguito in data 11/04/2024.
Esiti di frattura metaepifisaria distale di radio, trattata con placca e viti metalliche, buoni fenomeni osteoriparativi.
Mezzi di sintesi integri e in sede.
Non fratture secondarie.
Conservati i rapporti articolari.
Invariati i restanti reperti.

Referto compilato da: Alessandra Pintus il 21/05/2024 alle ore 19.21
Referto firmato digitalmente da: Alessandra Pintus il 21/05/2024 19:21

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

T.S.R.M.
Sara Aloscari

Medico Refertatore
Alessandra Pintus

Documento firmato digitalmente ai sensi del DPR 445/2000 e DLGS 82/2005 s.m.i. Si attesta che il presente documento è una copia su supporto analogico, conforme, in tutte le sue componenti, al documento informatico originale, conservato nel Sistema Informativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Nosologico: 2024_2672728

Ver. 1

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 Milano – C.F. e P.I. 09315660960



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel. 02 6444.1 www.ospedaleniguarda.it
P.IVA: 09315660960

PRENOTAZIONE

N.Pratica

2024/3094425

Data

21/05/2024



PAGATA

202403094425

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ASSISTITO

34493646

Cognome e nome

KHELIFA YASSINE

Codice Fiscale

KHLYSN93E16Z301N

Data di nascita

16/05/1993

Tessera sanitaria

863BT287

Telefono

3516332693

KHELIFA YASSINE

VIA APPENNINI 66

20100 MILANO (MI)

Appuntamento

presso ASST NIGUARDA PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE 3

Telefono

Ambulatorio: BLOCCO NORD-ORTOPEDIA-CONTROLLO DIMESSI (ORTCPD - N11)

C.d.C.4340

Accomodarsi in: AREA NORD BLOCCO NORD SETTORE D POLIAMBULATORIO 4 DH/MAC E ORTOPEDIA

Presentarsi il giorno 21/06/2024 alle ore 09:30

8901G

VISITA SUCCESSIVA DI ORTOPEDIA

Programmabile

COGNOME E NOME DEL MEDICO: SALERNO CAMILLA FEDERICA

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Programmabile

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per il datore di lavoro**

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 382256109
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)

Data visita 24/05/2024

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome Tursini Pia Flora
Opera nel ruolo di: ☒ Medico SSN ☐ Libero professionista

Cod.Reg. 030

ATS/ASST 321

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 24/05/2024 Viene assegnata una prognosi clinica a tutto il 16/06/2024

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita ☐

Trattasi di ☐ Inizio ☒ Continuazione ☐ Ricaduta

Visita ☒ Ambulatoriale ☐ Domiciliare ☐ Pronto soccorso

La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐ Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐

Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐ Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐

DATI DEL LAVORATORE**ANAGRAFICI**

Cognome: KHELIFA

Nome: YASSINE

C.F. KHLYSN93E16Z301N

Nato/a il: 16/05/1993

a (Comune o stato estero): ALGERIA

Provincia: EE

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE

In via/piazza V. APPENNINI

Comune MILANO

CAP 20151

n. 66
Provincia MI

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)

In via/piazza

Comune

CAP

n.
Provincia**Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009**



Ospedale Niguarda

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Tel. 02 6444.1 www.ospedaleniguarda.it

P.IVA: 09315660960

PRENOTAZIONE

N.Pratica 2024/3094425 Data 21/05/2024



PAGATA

202403094425

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ASSISTITO 34493646
Cognome e nome **KHELIFA YASSINE**
Codice Fiscale **KHLYSN93E16Z301N**
Data di nascita **16/05/1993**
Tessera sanitaria **863BT287**
Telefono **3516332693**

KHELIFA YASSINE

VIA APPENNINI 66
20100 MILANO (MI)

Appuntamento

presso ASST NIGUARDA PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE 3

Telefono 026444

Ambulatorio: BLOCCO NORD-RADIOLOGIA-ORTOPEDIA (RADORT - N--)

C.d.C.5465

Accomodarsi in: AREA NORD BLOCCO NORD SETTORE A PIANO -1 ATTIVITA' DIAGNOSTICA

Presentarsi il giorno 21/06/2024 alle ore 09:10

8823 RX POLSO SX

REFERTO DISPONIBILE DAL 28/06/2024 - CODICE RITIRO REFERTO 202403094425E16Z301N

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (solo referti senza immagini)* per i residenti in Lombardia
ONLINE* sul sito www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti", utilizzando codice ritiro referto 202403094425E16Z301N
CASSE AUTOMATICHE* in ospedale (Pad. 1 - Blocco Sud - Blocco Nord - Blocco DEA), Casa di Comunità Villa Marelli e Casa di Comunità Livigno con: Codice Fiscale, N. pratica e Chiavetta USB. * Solo i referti di Anatomia Patologica - Laboratorio (tranne esami: HIV, commissione patente e tossicologici) - Medicina Nucleare - Neuroradiologia - Radiologia
SPORTELLI (presentarsi per il ritiro solo nelle sedi di esecuzione della prestazione): ---- **OSPEDALE NIGUARDA** appuntamento obbligatorio (www.ospedaleniguarda.it > sezione "Referti")
---- **CASA DI COMUNITA' VILLA MARELLI** (Viale Zara, 81) Lunedì - Venerdì: 10.30-12.30 e 14.00-16.00 ---- **CASA DI COMUNITA' LIVIGNO** (Via Livigno 2/A) Lunedì - Venerdì: 10.00-16.00 ---- **IPPOCRATE** (Via Ippocrate, 45 - Pad. 4) Lunedì - Venerdì 11.00-13.00
IL REFERTO NON RITIRATO ENTRO 30 GIORNI COMPORTA IL PAGAMENTO PER INTERO DEL COSTO DELLA PRESTAZIONE (Legge n. 407 del 29/12/1990 e prec.)

Le ISTRUZIONI TELEVISITA sono disponibili sul sito www.ospedaleniguarda.it sezione SERVIZI AL PAZIENTE

ACCETTAZIONE/PAGAMENTO: Il giorno dell'appuntamento presentarsi almeno 15 minuti prima dell'orario indicato muniti di: prescrizione medica, tessera sanitaria, eventuali esenzioni, documentazione sanitaria.

PAGAMENTO: CASSE AUTOMATICHE (no contanti e no pagamenti di Laboratorio e di Anatomia Patologica) o **SPORTELLO** (contanti e POS). Dopo pagamento accomodarsi in sala d'attesa e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

- Se pagamento già effettuato o esente, recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code".

ESENTI o PAGAMENTO GIA' EFFETTUATO: Recarsi direttamente in sala d'attesa al totem per Self Accettazione: con Tessera Sanitaria o codice a barre presente sul modulo prenotazione e attendere la chiamata del numero "Elimina Code" presente sulla modulistica o sul ticket.

RICALCOLO IMPORTO DOVUTO: Per il completamento dell'iter diagnostico potrebbero essere necessarie indagini di approfondimento con eventuale richiesta di un saldo integrativo dell'importo dovuto, rilevabile in fase di pagamento o di ritiro referto.

REVOCA APPUNTAMENTO: Per non incorrere nella prevista sanzione amministrativa è obbligatorio disdire la prestazione entro 72 ore dall'appuntamento (Call Center Regionale o via mail a revoche@ospedaleniguarda.it). Per prenotazioni contattare il Call Center Regionale al n. verde 800.638.638 o da cellulare al n. 02/999599.

Si informa che l'ASST Niguarda tratta i suoi dati personali, esclusivamente per comunicazioni attinenti alle prestazioni sanitarie che la riguardano, incluso l'invio e-mail o SMS ai dati di contatto forniti, anche per indagini customer satisfaction, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali.
Informativa reperibile nell'area dedicata presente sul sito istituzionale: www.ospedaleniguarda.it

REGIONE LOMBARDIA	 *00JFXYOQIH*	 *0300A*	 *4296904297*
-------------------	--	--	--

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO: KHELIFA YASSINE
INDIRIZZO: VIA APPENNINI, 66 CAP: 20100
CITTA': MILANO PROV: MI



ESENZIONE: NON ESENTE SIGLA PROVINCIA: MI CODICE ASL: 030321 DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S/H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): Programmabile

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
88.23 (698823.04) RX POLSO SX tra 6 mesi	1	---

QUESITO DIAGNOSTICO: ORIF polso sin
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assist. SSN DATA: 21/08/2024 CODICE FISCALE DEL MEDICO: MSSMTT92C16I496W
CODICE AUTENTICAZIONE: 210820241210407240007714438203 COGNOME E NOME DEL MEDICO: MESSORI MATTEO

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:		KHELIFA YASSINE		
INDIRIZZO: VIA APPENNINI, 66		CAP: 20100	 *KHLYSN93E16Z301N*	
CITTA': MILANO		PROV: MI		
ESENZIONE: NON ESENTE	SIGLA PROVINCIA: MI	CODICE ASL: 030321	DISPOSIZIONI REGIONALI:	
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S/H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	Programmabile	

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
89.01.G (368901.35) VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO) tra 6 mesi	1	---

COGNOME E NOME DEL MEDICO: MESSORI MATTEO

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura Complessa: RADIOLOGIA

Direttore: Dr. A. VANZULLI

Segreteria Direttore: 02/6444.2700

Radiologia Blocco Sud: 02/6444.7912 - Fax: 02/6444.7758

Radiologia DEA: 02/6444.3714 - Fax: 02/6444.3712

E-mail: radiologia@ospedaleniguarda.it - radiologia.dea@ospedaleniguarda.it

Provenienza	Esterno	
Cognome Nome	KHELIFA YASSINE	Codice Paziente 34493646
Data di nascita	16/05/1993	N° Accettazione 106878584
Residenza	VIA APPENNINI 66 20100 MILANO (MI)	
Esame	RX POLSO SX (2 PR.)	Data esame 21/08/2024

L'esame a cui lei è stato sottoposto/a rientra nella classe di dose Classe I (art.161 del D.lgs. 101/2020).

QD: orif radio distale sin.

Regolari esiti di osteosintesi di frattura metaepifisaria distale di radio, quasi completamente consolidata.

Non scomposizioni secondarie.

Ridotto lo spazio articolare radio-carpico, reperto invariato rispetto al 21/05/2024.

Referto compilato da: Diana Artioli il 21/08/2024 alle ore 14.10
Referto firmato digitalmente da: Diana Artioli il 21/08/2024 14:10

Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.

T.S.R.M.
Riccardo Sironi

Medico Refertatore
Diana Artioli

Documento firmato digitalmente ai sensi del DPR 445/2000 e DLGS 82/2005 s.m.i. Si attesta che il presente documento è una copia su supporto analogico, conforme, in tutte le sue componenti, al documento informatico originale, conservato nel Sistema Informativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Nosologico: 2024_3094425

Ver. 1



KHELIFA YASSINE (1/1)

16/05/1993

N. ACC. 106878584

Data esame 21/08/2024

RX POLSO SX (2 PR.)

RX POLSO SX (2 PR.)

Studio 106878584 del 21/08/2024



serie 1[1] : 1

t065a polso ap



serie 2[2] : 1

t065a polso ap



serie 3[10000] : 1

radiation dose information

[README](#)

Selezionare lo studio/serie dall'elenco a sinistra

Si consiglia l'uso del browser [Google Chrome](#)

RX POLSO SX (2 PR.)

Studio 106878584 del 21/08/2024



serie 1[1] : 1

t065a polso ap



serie 2[2] : 1

t065a polso ap



serie 3[10000] : 1

radiation dose information

FPS: 10



RX POLSO SX (2 PR.)

Studio 106878584 del 21/08/2024



serie 1[1] : 1

t065a polso ap



serie 2[2] : 1

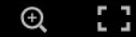
t065a polso ap



serie 3[10000] : 1

radiation dose information

FPS: 10



Dott.ssa PIA FLORA TURSI
Medico Chirurgo
Medico Medicina Generale
MILANO - Via Muttoni, 1 - Tel. 02.3538883
P. Iva 11723930159 - Cod. Reg. 47787

21/11/24

Si certifica che il Sig^{re} KHELIFA
YASSINE nato il 16/05/1993 in
Algeria e residente a Milano
in via Sferzani 66; in seguito
ad incidente stradale del 3/4/2024
in cui ha riportato frattura radio
distale dx e sottoposto ad intervento
di osteosintesi radiale dx; è
clinicamente guarito.
Eventuali ulteriori potremmo essere
valutati in sede medico - legale.
Si ubbeio su richiesta dell'assicuratore

Dott.ssa PIA FLORA TURSI

Medico Chirurgo
Medico Medicina Generale
MILANO - Via Muttoni 1 Tel. 02.3538883
P. Iva 11723930159 - Cod. Reg. 47787

**Progetto Riabilitativo Individuale**Cognome e Nome:

KHELIFA YASSINE

Data di Nascita:

16/05/1993

Residenza:

MILANO, V. APPENNINI 66

Telefono:

3516332693

Prestazione Richiesta:

VISITA FISIATRICA

ANAMNESI:

03/04/2024 incidente con frattura radio distale sx , operato presso H di Niguarda il 10/04/2024 con osteosintesi con placca e viti
ultimo controllo ortopedico 21/05/2024 che consiglia valutazione per fkt

ESAME OBIETTIVO:

articolari con minima limitazione in dorsiflessione, in flessione palmare ed in supinazione. min deficit stenico in chiusura a sx

VAS 0/10

CONCLUSIONI:

esiti intervento di osteosintesi radiale sx

PRESCRIZIONI:

si avvia a 10 sedute di fisioterapia con obiettivo di ulteriore recupero ed addestramento ad esercizi da poi proseguire in autonomia e sicurezza

Documento firmato digitalmente dal medico Dott.ssa FRANCESCA ZUCCHERMAGLIO in data 03/06/2024

Data appuntamento: 03/06/2024

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Dipartimento Neuroscienze

Riabilitazione Specialistica

	DATA	ORARIO
LUNEDÌ	24/6	10.15
MARTEDÌ	25/6	11.00
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ		
VENERDÌ		

FISIOTERAPISTA DI
RIFERIMENTO

FEDERICA / CRISTINA

TELEFONO PALESTRA

0341/489420

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Dipartimento Neuroscienze

Riabilitazione Specialistica

	DATA	ORARIO
LUNEDÌ	17/6	h 9.30
MARTEDÌ	18/6	h 11
MERCOLEDÌ		
GIOVEDÌ	20/6	h 10.15
VENERDÌ		

FISIOTERAPISTA DI
RIFERIMENTO

FEDERICA

TELEFONO PALESTRA

0341/489420

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Direzione Medica di Presidio

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso ☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 10.15 del giorno 13/06/2024

alle ore 11.00 del giorno 13/06/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA, 6649

Qualifica, matricola e firma Operatore

Adelmy Grl.

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Direzione Medica di Presidio

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso ☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 10.15 del giorno 18/06/2024

alle ore 11.00 del giorno 18/06/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA, 6649 Delery Carl.
Qualifica, matricola e firma Operatore

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Direzione Medica di Presidio

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso

☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 10.15 del giorno 24/06/2024

alle ore 11.00 del giorno 24/06/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA 6649 Federico Berti
Qualifica, matricola e firma Operatore

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Direzione Medica di Presidio

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso

☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 10:15 del giorno 4/7/2024

alle ore 11.00 del giorno 4/7/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA, 6649, Federico Cusi.
Qualifica, matricola e firma Operatore

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso ☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 10.15 del giorno 16/07/2024

alle ore 11.00 del giorno 16/07/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA, 6649, Federico Caroli
Qualifica, matricola e firma Operatore

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.



Regione
Lombardia

ASST Lecco

Direzione Medica di Presidio

ATTESTAZIONE DI PRESENZA

☒ Si certifica che il/la Sig./ra

KHELIFA YASSINE

è stato/a presente presso ☒ Ospedale A. Manzoni - Lecco

☐ Ospedale L. Mandic - Merate

☐ Ospedale Umberto 1° - Bellano

☐ Poliambulatorio di _____

☒ dalle ore 11.00 del giorno 6/8/2024

alle ore 11.45 del giorno 6/8/2024

☒ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per se stesso

☐ per prestazione ambulatoriale/visita/terapia/prestazione specialistica/esami diagnostici per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero

☐ per prestazioni effettuate in attività di pre-ricovero ospedaliero per il familiare: _____

indicare il grado di parentela

Data, 6/08/2024

FISIOTERAPISTA, 6649, Jeleny Carl
Qualifica, matricola e firma Operatore

La presente attestazione si rilascia su richiesta dell'interessato.

Nota per l'operatore

Il presente modulo ha validità solo se compilato con qualifica, firma e n° di matricola dell'operatore. È necessario, inoltre, apporre esclusivamente il timbro dell'ASST e omettere il timbro del Reparto o della Disciplina, per evitare di divulgare dati sensibili ai sensi del D. lgs. 196/2003.