AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI

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

Data fissata per la visita ____/____/____

DOMANDA DI PRENOTAZIONE VISITA ANESTESIOLOGICA PER ANALGESIA EPIDURALE

Compilare in stampatello maiuscolo

Io sottoscritta*.....

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

Residente a ..... via ..... N°. .....

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

Codice Fiscale* I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

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

Numero di richiesta del medico curante* I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__