

AZIENDA U.S.L. n° _____ Servizio di _____

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che __/__ Sig. _____ nat__ a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
risulta affett__ da _____ considerata
nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n° 27 del 25/11/1983.

La diagnosi è stata basata, oltre che su dati clinici, sulla base di:

- esame ematologico n° _____ del Servizio di _____ in data _____
- esame istologico n° _____ dell' _____ in data _____

REFERTO EMATOLOGICO

Si attesta che __/__ Sig. _____ nat__ a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
risulta affett__ da _____ considerata
nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n° 27 del 25/11/1983.

- La malattia è stata diagnosticata in data _____ come da certificazione diagnostica a parte.
- Il trattamento è stato iniziato in data _____ ed è tuttora in corso, per cui __1__ paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione delle terapie o esami connessi allo specifico status morboso;
- Il trattamento è stato interrotto in data _____ ma __1__ paziente, data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.
- Il trattamento non è stato ritenuto ancora necessario

Cagliari, lì _____

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO