

## ALLEGATO

### Integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del Fascicolo Sanitario Elettronico

#### DISCIPLINARE TECNICO

[Integrazione del disciplinare tecnico allegato al decreto del Presidente del CdM n. 178 del 2015]

#### Par. 7 - Contenuti del profilo sanitario sintetico

Profilo sanitario sintetico	
Contenuto informativo	Descrizione
Cognome assistito	Cognome dell'assistito
Nome assistito	Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe)
Codice fiscale assistito	Codice fiscale dell'assistito
ID ANPR	Codice univoco dell'assistito presente in ANPR (ove disponibile)
Sesso assistito	Genere dell'assistito
Data di nascita assistito	Data di nascita dell'assistito
Comune di nascita assistito	Comune di nascita dell'assistito
Indirizzo di domicilio assistito	Indirizzo del domicilio dell'assistito
CAP domicilio assistito	CAP del domicilio dell'assistito
Comune domicilio assistito	Comune del domicilio dell'assistito
Comune di residenza del paziente	Comune di residenza dell'assistito
Provincia di residenza del paziente	Provincia di residenza dell'assistito
Regione di residenza del paziente	Regione di residenza dell'assistito
Stato di residenza del paziente	Stato di residenza dell'assistito
Recapito telefonico assistito	Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile)
e-mail assistito	Indirizzo e-mail dell'assistito
PEC assistito	Domicilio digitale dell'assistito
Care giver assistito	Nominativi e informazioni di contatto degli eventuali care giver dell'assistito
Cognome medico	Cognome del medico
Nome medico	Nome del medico
Codice fiscale medico	Codice fiscale del medico
Recapito telefonico medico	Recapito telefonico del medico (fisso e/o mobile)
e-mail medico	Indirizzo e-mail del medico
PEC medico	Indirizzo PEC del medico
Capacità motoria assistito	Valutazione della capacità motoria dell'assistito
Attuale situazione clinica assistito	Patologie croniche e/o rilevanti dell'assistito
Organi mancanti assistito	Organi mancanti all'assistito
Trapianti assistito	Trapianti effettuati dall'assistito
Rilevanti malformazioni assistito	Rilevanti malformazioni dell'assistito
Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti	Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata, se riferite dall'assistito
Allergie cutanee, respiratorie o sistemiche	Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata, se riferite dall'assistito
Allergie a veleno di imenotteri	allergie a veleno di imenotteri se riferite dell'assistito
Protesi assistito	Informazioni, ove disponibili, relative a protesi e impianti permanenti dell'assistito
Ausili assistito	Informazioni, ove disponibili, relative ad ausili dell'assistito
Terapie farmacologiche croniche assistito	Terapie croniche in atto alla data di compilazione, ritenute rilevanti dal medico, con particolare riguardo alla TAO e al trattamento insulinico

Profilo sanitario sintetico	
Contenuto informativo	Descrizione
Anamnesi familiare assistito	Potenziali rischi del paziente in relazione alla storia dei membri familiari (rischio eredo-familiare).
Fattori di rischio assistito	Rappresentazione di tutte le abitudini di vita rilevanti per il quadro clinico dell'assistito (ad esempio fumatore, dipendenza da stupefacenti o da alcool, esposizione a sostanze tossiche).
Terapie farmacologiche assistito	Informazioni relative a tutte le terapie farmacologiche in atto al momento della compilazione del documento
Vaccinazioni assistito	Stato attuale delle vaccinazioni effettuate dal paziente di cui è a conoscenza documentata il medico di famiglia (tipo di vaccino, data e modalità di somministrazione).
Dichiarazione donazione organi assistito	Dichiarazione del donatore prevista dall'art.23 comma 3 L.91/99 nei casi sia dichiarata al medico
Patologie in atto assistito	Rappresentazione codificata di tutte le patologie note in atto al momento della compilazione del documento
Gravidanze e parti assistito	Informazioni in merito a tutte le gravidanze e parti della paziente ed eventuali complicazioni derivate
Altezza assistito	Altezza dell'assistito
Peso assistito	Peso dell'assistito
BMI assistito	Indice di massa corporea (BMI) dell'assistito
Pressione arteriosa assistito	Ultima rilevazione della pressione arteriosa dell'assistito
ADI assistito	Indicazione in merito all'eventuale Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) erogata all'assistito
ADP assistito	Indicazione in merito all'eventuale Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) erogata all'assistito
Esenzioni assistito per patologia	Eventuali codici di esenzione dal pagamento del ticket dell'assistito
Reti di patologia assistito	Eventuali reti di patologia cui appartiene l'assistito
Piani di cura assistito	informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici.
Trattamenti assistito	procedure (interventistiche, diagnostiche, chirurgiche, terapeutiche, ...) dell'assistito
Visite o ricoveri assistito	"contatti" rilevanti, recenti o passati, fra paziente e operatore sanitario (e.g. ricoveri, visite ambulatoriali o domiciliari, ...) dell'assistito

## Par. 8 - Contenuti del referto di laboratorio

REFERTO DI LABORATORIO	
Contenuto informativo	Descrizione
Cognome assistito	Cognome dell'assistito
Nome assistito	Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe)
Codice fiscale assistito	Codice fiscale dell'assistito (o STP/ TEAM nei casi opportuni)
Sesso assistito	Genere dell'assistito
Data di nascita assistito	Data di nascita dell'assistito
Codice Comune di nascita assistito	Codice Comune di nascita dell'assistito
Indirizzo residenza assistito	Indirizzo di residenza dell'assistito
CAP residenza assistito	CAP di residenza dell'assistito
Codice Comune residenza assistito	Codice Comune di residenza dell'assistito
Descrizione Comune residenza assistito	Descrizione Comune di residenza dell'assistito
Provincia residenza assistito	Provincia di residenza dell'assistito
Regione residenza assistito	Regione di residenza dell'assistito
Stato residenza assistito	Sato di residenza dell'assistito

**REFERTO DI LABORATORIO**

<b>Contenuto informativo</b>	<b>Descrizione</b>
Indirizzo domicilio assistito	Indirizzo di domicilio dell'assistito
CAP domicilio assistito	CAP di domicilio dell'assistito
Codice Comune domicilio assistito	Codice Comune di domicilio dell'assistito
Descrizione Comune domicilio assistito	Descrizione Comune di domicilio dell'assistito
Provincia domicilio assistito	Provincia di domicilio dell'assistito
Regione domicilio assistito	Regione di domicilio dell'assistito
Stato assistito	Sato di domicilio dell'assistito
Recapito telefonico assistito	Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile)
e-mail assistito	Indirizzo e-mail dell'assistito
PEC assistito	Indirizzo PEC dell'assistito
Cognome medico	Cognome del medico
Nome medico	Nome del medico
Codice fiscale medico	Codice fiscale del medico
Recapito telefonico medico	Recapito telefonico del medico (fisso e/o mobile)
e-mail medico	Indirizzo e-mail del medico
PEC medico	Indirizzo PEC del medico
Nome dell'azienda sanitaria	Nome dell'azienda sanitaria
Nome del dipartimento	Nome del dipartimento
Nome dell'unità operativa	Nome dell'unità operativa
Nome del primario associato all'unità operativa	Nome del primario associato all'unità operativa
Specialità dell'esame	Specialità dell'esame
Data e ora dell'osservazione	Data e ora dell'osservazione
Nome dell'indagine/analisi	Nome dell'indagine/analisi
Risultato della misurazione	Risultato della misurazione
Intervallo di riferimento	Intervallo di riferimento, se noto e rilevante
Codice interpretativo	Codice interpretativo, se noto e rilevante
Tipologia del campione	Tipologia del campione, se non già evidente dalla misurazione
Origine del campione	Origine del campione, se rilevante
Metodo di raccolta del campione	Metodo di raccolta del campione, se rilevante
Valori passati della stessa misurazione	Valori passati della stessa misurazione, se noti, insieme alle date di misura
Commento da parte del medico	Commento che il medico può inserire in merito alla analisi o al risultato
Immagine al supporto clinico	Immagine allegata o inserita all'interno del referto

## Par. 9 - Contenuti della Lettera di dimissione

LETTERA DI DIMISSIONE	
Contenuto informativo	Descrizione
Identificativi Paziente	Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni)
Nome paziente	
Cognome paziente	
Data nascita paziente	
Luogo nascita paziente	nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT Stato straniero.
Genere amministrativo paziente	
Indirizzo di residenza del paziente	Indirizzo della residenza dell'assistito
CAP residenza del paziente	CAP di residenza dell'assistito
Codice Comune di residenza del paziente	Codice Comune di residenza dell'assistito
Descrizione Comune di residenza del paziente	Descrizione Comune di residenza dell'assistito
Provincia di residenza del paziente	Provincia di residenza dell'assistito
Regione di residenza del paziente	Regione di residenza dell'assistito
Stato di residenza del paziente	Stato di residenza dell'assistito
Recapito telefonico paziente	
e-mail assistito	Indirizzo e-mail dell'assistito
PEC assistito	Indirizzo PEC dell'assistito
Data della lettera	Data di creazione dell'istanza del documento.
codice fiscale autore	Codice fiscale del medico autore del documento
Nome autore	Nome del medico autore del documento
Cognome autore	Cognome del medico autore del documento
Codice fiscale destinatario lettera	Codice fiscale del destinatario della lettera
Nome destinatario lettera	Nome del destinatario della lettera
Cognome destinatario lettera	Cognome del destinatario della lettera
Codice fiscale firmatario	Codice fiscale del medico firmatario del documento
Nome firmatario	Nome del medico firmatario del documento
Cognome firmatario	Cognome del medico firmatario del documento
Data e ora di firma	Data e ora di firma del documento da parte del medico firmatario
Identificativa ricetta ricovero	Identificativo NRE prescrizione di ricovero, che ha determinato il ricovero del paziente e quindi la produzione del documento di lettera di dimissione all'atto della dimissione dello stesso dalla struttura ospedaliera.
Codice fiscale prescrittore	Codice fiscale del medico prescrittore
Nome prescrittore	Nome del medico prescrittore
Cognome prescrittore	Cognome del medico prescrittore
Numero nosologico	

LETTERA DI DIMISSIONE	
Contenuto informativo	Descrizione
Data inizio ricovero	
Data fine ricovero	
Identificativo UO dimissione	Identificativo del reparto di dimissione
Nome UO dimissione	
Struttura Dimissione	Sub codice stabilimento
Presidio Dimissione	
Azienda sanitaria Dimissione	
e-mail segreteria reparto dimissione	
Recapito telefonico segreteria reparto dimissione	
Identificativa diagnosi di ingresso	La/le diagnosi di ammissione, o ipotesi diagnostica, indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM.
Descrizione diagnosi di ingresso	Descrizione Testuale della diagnosi di ammissione
Inquadramento clinico iniziale	Descrizione testuale dell'inquadramento clinico iniziale
Anamnesi	Descrizione testuale dell'anamnesi
Esame obiettivo	Descrizione testuale dell'esame obiettivo
Terapia farmacologica ingresso	Descrizione testuale della terapia farmacologica all'ingresso
Decorso ospedaliero	Descrizione testuale del decorso ospedaliero
Complicanze	Descrizione testuale delle complicanze riscontrate durante il decorso
Riscontri e accertamenti	Sintesi delle consulenze specialistiche e indagini strumentali, di laboratorio, di anatomia patologica di particolare rilevanza clinica, eseguite durante il ricovero.
Procedure eseguite	Sintesi delle procedure diagnostiche e degli interventi (ad es.: endoscopie, biopsie, coronarografie, impianti di pacemaker e defibrillatori, artrocentesi, artroscopie, ecc.) effettuati durante il ricovero.
Descrizione terapia	L'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero. È possibile inserire queste informazioni Periodo di inizio e fine della terapia Posologia Via di somministrazione Sito di somministrazione Dose Frequenza di erogazione Forma Farmaceutica Grammatatura Quantità nella confezione Numero di confezioni
Codice Prodotto	Codice del prodotto somministrato
Allergie	Allergie o reazioni avverse a principi attivi farmaceutici, alimentari o allergeni in generale, riportate dal paziente e/o riscontrate durante il ricovero
Condizioni alla dimissione	Descrizione Testuale delle condizioni del paziente alla dimissione, comprensivo della diagnosi di dimissione
Identificativa diagnosi dimissione	La/le diagnosi di dimissione o ipotesi diagnostica, indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM.
Descrizione terapia	L'elenco dei farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio. È possibile inserire queste informazioni Periodo di inizio e fine della terapia Posologia Via di somministrazione Sito di somministrazione Dose Frequenza di erogazione Forma Farmaceutica Grammatatura Quantità nella confezione Numero di confezioni
Codice Prodotto	Codice del prodotto prescritto

LETTERA DI DIMISSIONE	
Contenuto informativo	Descrizione
Istruzioni follow up	Informazioni generali dell'evento clinico inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale (eventuali controlli, procedure o visite consigliate). È possibile riportare anche le indicazioni circa la dimissione protetta del paziente.

## Par. 10 - Contenuti del verbale di pronto soccorso

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO	
Contenuto Informativo	Descrizione
Identificativi Paziente	Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni)
Nome Paziente	
Cognome Paziente	
Data Nascita Paziente	
Luogo Nascita Paziente	Nome del comune di nascita. Codice Istat comune di nascita. Codice Istat stato straniero.
Genere Amministrativo Paziente	
Indirizzo Residenza Paziente	Indirizzo, cap., comune (descrizione e ISTAT)
Recapito Telefonico Paziente	
CAP residenza assistito	CAP di residenza dell'assistito
Codice Comune residenza assistito	Codice Comune di residenza dell'assistito
Descrizione Comune residenza assistito	Descrizione Comune di residenza dell'assistito
Provincia residenza assistito	Provincia di residenza dell'assistito
Regione residenza assistito	Regione di residenza dell'assistito
Stato residenza assistito	Sato di residenza dell'assistito
Data E Ora Del Verbale	Data di creazione dell'istanza del documento.
Codice Fiscale Autore	Un verbale di PS può avere uno o più autori. Autore sempre essere umano.
Nome Autore	
Cognome Autore	
Codice Fiscale Firmatario	Medico che ha firmato il verbale. Tipicamente il medico che ha effettuato la dimissione
Nome Firmatario	
Cognome Firmatario	
Data E Ora Di Firma	
Azienda Sanitaria PS	
Istituto PS	Istituto in cui è stata erogata la prestazione.

**VERBALE DI PRONTO SOCCORSO**

<b>Contenuto Informativo</b>	<b>Descrizione</b>
Id Pronto Soccorso	
Direttore PS	
Nome PS	
Indirizzo PS	
E-mail Segreteria PS	
Recapito Telefonico Segreteria PS	
Numero Del Verbale	Identificativo dell'accesso in pronto soccorso.
Data Ora Di Ingresso	Data ora in cui è avvenuta l'accettazione
Codice Fiscale Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.
Nome Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.
Cognome Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.
Responsabile Invio	Indica il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso.
Mezzo Di Trasporto	Indicazione della modalità di arrivo "fisica" al PS
Causa Accesso	Motivo per cui il paziente accede al PS
Problema Principale	Indica il problema / sintomo principale riscontrato/percepito al momento del triage.
Data Ora Triage	
Codice Fiscale Operatore Triage	
Nome Operatore Triage	
Cognome Operatore Triage	
Misurazioni Triage	Insieme delle misurazioni effettuate durante il triage, incluso eventuali parametri vitali e scala del dolore
Codice Triage	
Note Triage	Note testuali sul triage, inclusa eventuale anamnesi iniziale
Data Ora Rilevazione	
Codice Fiscale Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale
Nome Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale
Cognome Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale
Valutazione Clinica Iniziale	Descrizione testuale dell'inquadramento clinico iniziale
Data Ora Rilevazione	
Codice Fiscale Medico Rilevazione Terapia Farmacologica All'ingresso	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica in ingresso
Nome Medico Rilevazione Terapia Farmacologica	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica in ingresso
Anamnesi	Descrizione testuale dell'anamnesi
Data Ora Rilevazione	

**VERBALE DI PRONTO SOCCORSO**

<b>Contenuto Informativo</b>	<b>Descrizione</b>
Codice Fiscale Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo
Nome Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo
Cognome Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo
Esame Obiettivo	Descrizione testuale dell'esame obiettivo
Data Ora Inizio	Data-ora di presa in carico iniziale del paziente da parte del medico di PS
Data Ora Fine	Data ed ora della fine di trattamento in Pronto Soccorso
Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita
Nome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita
Cognome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita
Data Ora Inizio OBI	Data ora di presa in carico da parte dell'unità di Osservazione breve
Data Ora Fine OBI	Data ed ora della fine di trattamento in OBI
Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI
Nome Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI
Cognome Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI
Codice Fiscale Medico Responsabile Dimissione OBI	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI
Nome Medico Responsabile Dimissione OBI	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI
Cognome Medico Responsabile Dimissione OBI	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI
Collocazione Paziente	Informazioni relative alla collocazione del paziente durante l'obi
Data Ora Inizio	Data-ora di presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno
Data Ora Fine	Data-ora di fine presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno
Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno
Nome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno
Cognome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno
Data Ora Esecuzione Prestazione	
Prescrittore	Operatore che ha richiesto la prestazione
Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la prestazione
Codice Prestazione	Codice della prestazione, incluse le eventuali prestazioni infermieristiche, durante la visita di PS o di OBI
Descrizione Prestazione	Descrizione testuale della prestazione, incluso eventuali note
Tipo Consulenza	Codice di identificazione del tipo di prestazione richiesta / erogata
Data Ora Esecuzione Consulenza	
Data Ora Richiesta	
Prescrittore	Operatore che ha richiesto la consulenza
Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la consulenza



**VERBALE DI PRONTO SOCCORSO**

<b>Contenuto Informativo</b>	<b>Descrizione</b>
Esito Consulenza	Descrizione Testuale della visita specialistica, incluso l'esito
Data Ora Accertamento	
Data Ora Richiesta	
Prescrittore	Operatore che ha richiesto l'accertamento.
Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato l'accertamento
Codice Prestazione	
Descrizione Prestazione	
Risultati Accertamenti Laboratorio	Risultati degli accertamenti in forma testuale o codificata relativi ai singoli dati analitici o all'indagine nel
Prescrittore	Operatore che ha prescritto la terapia
Somministratore	Operatore(i) che hanno somministrato la terapia
Descrizione Terapia	Descrizione testuale della terapia È possibile inserire queste informazioni - Periodo di inizio e fine della terapia - Posologia - Via di somministrazione - Sito di somministrazione - Dose - Frequenza di erogazione - Forma Farmaceutica - Grammatatura - Quantità nella confezione Numero di confezioni
Codice Prodotto	Codice del prodotto somministrato o richiesto
Decorso Clinico	Sintesi testuale delle informazioni riguardanti il decorso clinico del paziente durante l'arco temporale della permanenza in PS, comprendente valutazioni cliniche, obiettivi clinici di breve periodo, note cliniche.
Data e ora diario clinico	
Autore	Medico o infermiere
Data Ora Dimissione	Data-ora chiusura caso
Codice Fiscale dedico di dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione
Nome Medico dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione
Cognome Medico dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione
Note Dimissione	Note Testuali di dimissione. Conclusioni. È possibile riportare le note relative ad una dimissione temporanea e al successivo rientro del paziente.
Diagnosi Dimissione	
Prognosi	Descrizione della prognosi, comprensiva del numero di giorni.
Livello Appropriatazza	
Esito Trattamento	

VERBALE DI PRONTO SOCCORSO	
Contenuto Informativo	Descrizione
Prescrittore	Operatore che ha prescritto la terapia, i controlli o ha dato i suggerimenti al paziente.
Suggerimenti	Consigli e suggerimenti forniti al paziente
Data Prescrizione	
Controllo Piano Di Cura	Codice e descrizione del controllo suggerito
Terapie Farmacologiche prescritte	Codice e Descrizione della terapia
Id Ricetta Piano Di Cura	Identificativo NRE delle prescrizioni redatte dal prescrittore nell'ambito del piano di cura alla dimissione
Data Ora Decesso	
Richiesta Autopsia	Indica se è stata richiesta o no l'autopsia
Codice Nosologico	
Identificativo Reparto	
Causa Ricovero	
Consegne Ricovero	
Istituto Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento
Motivo Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento
Consegne Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento

## Par. 11 - Contenuti del referto di radiologia

REFERTO DI RADIOLOGIA	
Contenuto Informativo	Descrizione
Cognome assistito	Cognome dell'assistito
Nome assistito	Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe)
Codice fiscale assistito	Codice fiscale dell'assistito (o STP/TEAM nei casi opportuni)
Sesso assistito	Genere dell'assistito
Data di nascita assistito	Data di nascita dell'assistito
Comune di nascita assistito	Comune di nascita dell'assistito
Indirizzo di residenza dell'assistito	Indirizzo della residenza dell'assistito
CAP residenza assistito	CAP di residenza dell'assistito
Codice Comune di residenza dell'assistito	Codice Comune di residenza dell'assistito
Descrizione Comune di residenza dell'assistito	Descrizione Comune di residenza dell'assistito
Provincia di residenza dell'assistito	Provincia di residenza dell'assistito
Regione di residenza dell'assistito	Regione di residenza dell'assistito
Stato di residenza dell'assistito	Stato di residenza dell'assistito
Indirizzo di domicilio assistito	Indirizzo del domicilio dell'assistito

REFERTO DI RADIOLOGIA	
Contenuto Informativo	Descrizione
CAP domicilio assistito	CAP di domicilio dell'assistito
Codice Comune di domicilio dell'assistito	Codice Comune di domicilio dell'assistito
Descrizione Comune di domicilio dell'assistito	Descrizione Comune di domicilio dell'assistito
Provincia di domicilio dell'assistito	Provincia di domicilio dell'assistito
Regione di domicilio dell'assistito	Regione di domicilio dell'assistito
Stato di domicilio dell'assistito	Stato di domicilio dell'assistito
Recapito telefonico assistito	Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile)
e-mail assistito	Indirizzo e-mail dell'assistito
PEC assistito	Indirizzo PEC dell'assistito
ID assistito PACS (IDPACS)	Identificativo dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto
Cognome medico refertante	Cognome del medico refertante
Nome medico refertante	Nome del medico refertante
Codice fiscale medico refertante	Codice Fiscale del medico refertante
Cognome medico firmatario	Cognome del medico firmatario
Nome medico firmatario	Nome del medico firmatario
Codice fiscale medico firmatario	Codice Fiscale del medico firmatario
Codice e descrizione dell'azienda sanitaria	Codice e descrizione dell'azienda sanitaria
Codice e descrizione del presidio	Codice e descrizione del presidio
Codice e descrizione dell'unità operativa	Codice e descrizione dell'unità operativa
Cognome tecnico/i di Radiologia	Cognome del/i tecnico/i di Radiologia
Nome tecnico/i di Radiologia	Nome del/i tecnico/i di Radiologia
Codice fiscale tecnico/i di Radiologia	Codice fiscale del/i tecnico/i di Radiologia
Cognome medico prescrittore	Cognome del medico prescrittore
Nome medico prescrittore	Nome del medico prescrittore
Codice fiscale medico prescrittore	Codice fiscale del medico prescrittore
Numero ricetta medica	Numero della ricetta medica
Data firma referto	Data di firma del referto
Codice CUP	Codice della prenotazione
Accession number	Codice identificativo dello studio
Studio DICOM	Codici identificativi Studio DICOM
Immagini PACS	Codice identificativo delle immagini associate al referto presenti nel sistema PACS
Codice nosologico	Codice nosologico
Tipologia Accesso	Tipologia di Accesso
Provenienza	Provenienza

REFERTO DI RADIOLOGIA	
Contenuto Informativo	Descrizione
Codice ordine interno	Codice identificativo dell'ordine interno
Codice identificativo referto RIS	Codice identificativo del referto presente nel sistema RIS.
Codice quesito diagnostico	Codice ICD9-CM del quesito diagnostico
Descrizione quesito diagnostico	Descrizione del quesito diagnostico
Anamnesi	In questo elemento sono raggruppate le informazioni riguardanti l'anamnesi secondo la tipologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anamnesi Familiare;</b></li> <li>• <b>Anamnesi Fisiologica</b> (usi ed abitudini, sociale, riguardante le condizioni di vita del paziente, lo stile di vita, eventuali usi ed abusi);</li> <li>• <b>Anamnesi Patologica Prossima.</b></li> <li>• <b>Anamnesi Patologica Remota</b> (malattie e interventi passati, disturbi noti, ecc.);</li> </ul>
Allergie	Eventuali allergie e fonti dichiarate
Precedenti esami eseguiti	Codice, descrizione, metodica e data di eventuali esami precedenti
Codice esame eseguito	Codice dell'esame eseguito
Descrizione esame eseguito	Descrizione dell'esame eseguito
Data esame eseguito	Data e ora dell'esame eseguito
Modalità esecuzione esame eseguito	Modalità di esecuzione dell'esame eseguito
Dose assorbita	Indicatore di esposizione
Refertazione	Descrizione dell'esito della prestazione/i
Conclusioni	Conclusioni
Informazioni aggiuntive	Informazioni aggiuntive
Complicanze	Complicanze
Suggerimenti per il medico prescrittore	Suggerimenti per il medico prescrittore

## Par. 12 - Contenuti del referto di specialistica ambulatoriale

REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Contenuto Informativo	Descrizione
Cognome assistito	Cognome dell'assistito
Nome assistito	Nome completo dell'assistito (come risulta in anagrafe)
Codice fiscale assistito	Codice fiscale dell'assistito (o STP/TEAM nei casi opportuni)
Sesso assistito	Genere dell'assistito
Data di nascita assistito	Data di nascita dell'assistito
Comune di nascita assistito	Comune di nascita dell'assistito
Indirizzo di residenza dell'assistito	Indirizzo della residenza dell'assistito

**REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

<b>Contenuto Informativo</b>	<b>Descrizione</b>
CAP residenza assistito	CAP di residenza dell'assistito
Comune di residenza dell'assistito	Comune di residenza dell'assistito
Indirizzo di domicilio assistito	Indirizzo del domicilio dell'assistito
CAP domicilio assistito	CAP di domicilio dell'assistito
Comune di domicilio dell'assistito	Comune di domicilio dell'assistito
Descrizione Comune di residenza dell'assistito	Comune di residenza dell'assistito
Provincia di residenza dell'assistito	Provincia di residenza dell'assistito
Regione di residenza dell'assistito	Regione di residenza dell'assistito
Stato di residenza dell'assistito	Stato di residenza dell'assistito
Recapito telefonico assistito	Recapito telefonico dell'assistito (fisso e/o mobile)
e-mail assistito	Indirizzo e-mail dell'assistito
PEC assistito	Indirizzo PEC dell'assistito
Cognome medico refertante	Cognome del medico refertante
Nome medico refertante	Nome del medico refertante
Codice fiscale medico refertante	Codice Fiscale del medico refertante
Cognome medico firmatario	Cognome del medico firmatario
Nome medico firmatario	Nome del medico firmatario
Codice fiscale medico firmatario	Codice Fiscale del medico firmatario
Codice e descrizione dell'azienda sanitaria	Codice e descrizione dell'azienda sanitaria
Codice e descrizione del presidio	Codice e descrizione del presidio
Codice e descrizione dell'unità operativa	Codice e descrizione dell'unità operativa
Numero telefono Unità Operativa / CUP / Azienda Sanitaria	Numero di telefono dell'Unità Operativa / CUP / Azienda Sanitaria
Cognome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura	Cognome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura
Nome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura	Nome altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura
Codice fiscale altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura	Codice fiscale altra figura tecnica coinvolta nell'esecuzione della procedura
Cognome medico prescrittore	Cognome del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista)
Nome medico prescrittore	Nome del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista)
Codice fiscale medico prescrittore	Codice fiscale del medico prescrittore (MMG/PLS o Specialista)
Numero ricetta medica	Numero della ricetta medica
Data firma referto	Data di firma del referto
Codice CUP	Codice della prenotazione
Codici identificazione oggetti correlati	Codici per identificare eventuali oggetti associati al referto (es. ID PACS, Accession number, Studio DICOM)

**REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

<b>Contenuto Informativo</b>	<b>Descrizione</b>
Codice nosologico	Codice nosologico
Provenienza	Provenienza (es. PS, Reparto)
Tipologia Accesso	Tipologia di accesso (programmata / ad accesso diretto)
Disciplina	Disciplina specialistica ambulatoriale
Codice quesito diagnostico	Codice ICD9-CM del quesito diagnostico
Descrizione quesito diagnostico	Descrizione del quesito diagnostico
Anamnesi	Descrizione testuale dell'anamnesi (quadro clinico)
Allergie	Eventuali allergie e fonti dichiarate
Precedenti esami eseguiti	Codice, descrizione, metodica e data di eventuali esami precedenti eseguiti dal paziente e ritenuti rilevanti al fine della formulazione diagnostica
Codice AIC/ATC farmaco	Codice AIC/ATC del farmaco o dei farmaci assunti nella terapia in atto
Descrizione terapia farmacologica	Descrizione terapia farmacologica
Esame obiettivo	Esame obiettivo
Codice prestazione eseguita	Codice della prestazione eseguita
Descrizione prestazione eseguita	Descrizione della prestazione eseguita
Data prestazione eseguita	Data e ora della prestazione eseguita
Codice procedura operativa	Codice della procedura operativa eseguita
Descrizione procedura operativa	Descrizione procedura operativa eseguita
Quantità	Quantità
Modalità esecuzione procedura operativa	Descrizione modalità di esecuzione della procedura operativa. Rappresenta la declinazione pratica del come viene eseguita la procedura.
Strumentazione utilizzata	Strumentazione utilizzata nel corso della procedura
Parametri descrittivi della procedura	Parametri rilevanti al fine di caratterizzare la procedura
Note	Note
Confronto con precedenti esami eseguiti	Confronto con precedenti esami eseguiti. Permette di riportare un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto.
Refertazione	Referto della/e prestazione/i, oggetto principale del referto
Codice diagnosi	Codice diagnosi formulata sulla base di quanto emerso nel corso della prestazione
Descrizione diagnosi	Descrizione diagnosi formulata sulla base di quanto emerso nel corso della prestazione
Conclusioni	Conclusioni
Suggerimenti per il medico prescrittore	Suggerimenti per il medico prescrittore
Codice accertamento consigliato	Codice accertamento/i o prestazione/i consigliata/e da eseguire a seguito della prestazione
Descrizione accertamento consigliato	Descrizione accertamento/i o prestazione/i consigliata/e da eseguire a seguito della prestazione
Codice AIC/ATC farmaco	Codice AIC/ATC del farmaco o dei farmaci consigliato per la terapia farmacologica

REFERTO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
Contenuto Informativo	Descrizione
Descrizione terapia farmacologica consigliata	Descrizione della terapia farmacologica consigliata

### Par. 13 - Contenuti del certificato vaccinale

SCHEDA SINGOLA VACCINAZIONE	
Contenuto informativo	Descrizione
Identificativi Paziente	Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni)
Nome Paziente	
Cognome Paziente	
Genere Amministrativo	
Data Nascita Paziente	
Luogo Nascita Paziente	Nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT stato straniero.
Indirizzo Residenza Paziente	Indirizzo, cap., comune descrizione e ISTAT)
Recapito Telefonico Paziente	
e-mail Paziente	Indirizzo e-mail assistito
PEC Paziente	Indirizzo PEC assistito
Data e Ora della Scheda della singola Vaccinazione	Data di creazione dell'istanza del documento.
Codice Fiscale Professionista Sanitario che effettua la Vaccinazione	
Nome Professionista Sanitario	
Cognome Professionista Sanitario	
Codice Fiscale Persona Responsabile della Vaccinazione	
Nome Persona Responsabile della Vaccinazione	
Cognome Persona Responsabile della Vaccinazione	
Data E Ora Di Firma	
Nome oppure Identificativo dell'organizzazione responsabile della vaccinazione	
Ambulatorio Vaccinale oppure Unità Operativa oppure Pronto Soccorso oppure Centro medicina dei viaggi oppure autorità portuale oppure Studio Medico MMG/PLS	struttura presso cui è stato somministrato vaccino
Direttore/Responsabile struttura	
Denominazione struttura	
Indirizzo struttura	
E-mail Segreteria struttura	
Recapito Telefonico Segreteria struttura	

SCHEDA SINGOLA VACCINAZIONE	
Contenuto informativo	Descrizione
Malattia per il quale è stata fatta la vaccinazione	
<b>Caso 1: Somministrazione Vaccino <sup>1</sup></b>	
Tipo Vaccino / Profilassi	
Nome commerciale Vaccino	
Codice AIC del Vaccino Somministrato	
Numero del lotto	
Data scadenza del vaccino	
Dose somministrata	
Data e ora di somministrazione	
Sede anatomica di somministrazione	
Via di somministrazione	
Categoria a rischio	
Condizioni sanitarie a rischio	
Reazioni avverse	
Periodo di copertura	
Data prossimo appuntamento	
<b>Caso 2: Esonero/ omissione o differimento</b>	
Motivazione per esonero/ omissione o differimento	
Data e ora di registrazione esonero/ omissione o differimento	
Malattia con presunta immunità	
Data scadenza controindicazione temporanea	

#### Par. 14 - Contenuti della Scheda singola vaccinazione

CERTIFICATO VACCINALE	
Contenuto informativo	Descrizione
Identificativi Paziente	Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni)
Nome Paziente	
Cognome Paziente	
Genere Amministrativo	
Data Nascita Paziente	

<sup>1</sup> Gli elementi che compongono il Caso 1- sono avvalorati nel caso di Somministrazione Vaccino; nel caso in cui vi sia Esonero/ omissione o differimento (Caso2) tutti gli elementi descritti nel Caso 1 sono vuoti.



CERTIFICATO VACCINALE	
Contenuto informativo	Descrizione
Luogo Nascita Paziente	Nome del comune di nascita. Codice ISTAT comune di nascita. Codice ISTAT stato straniero.
Indirizzo Residenza Paziente	Indirizzo, cap., comune descrizione e ISTAT)
Indirizzo di residenza del paziente	Indirizzo della residenza dell'assistito
CAP residenza del paziente	CAP di residenza dell'assistito
Codice Comune di residenza del paziente	Codice Comune di residenza dell'assistito
Descrizione Comune di residenza del paziente	Comune di residenza dell'assistito
Provincia di residenza del paziente	Provincia di residenza dell'assistito
Regione di residenza del paziente	Regione di residenza dell'assistito
Stato di residenza del paziente	Stato di residenza dell'assistito
Recapito Telefonico Paziente	
e-mail Paziente	Indirizzo e-mail assistito
PEC Paziente	Indirizzo PEC assistito
Data e Ora del Certificato vaccinale	Data di creazione dell'istanza del documento.
Codice Fiscale Responsabile oppure nel caso il documento sia generato da macchina viene indicata l'organizzazione responsabile della generazione del documento	
Nome Responsabile	
Cognome Responsabile	
Data E Ora Di Firma	
Dati Vaccinazione o Esonero	

## Par. 15 - Contenuti della prescrizione farmaceutica

PRESCRIZIONE FARMACEUTICA	
Contenuto informativo	Descrizione
<b>SEZIONE DATI RICETTA</b>	
cfMedico1	Codice fiscale del medico 'titolare'
cfMedico2	Codice fiscale del medico 'sostituto'
codRegione	Codice Regione/Provincia Autonoma del medico titolare
codASLAo	Codice ASL del medico prescrittore indicato in cfMedico1
codStruttura	Codice della struttura dove opera il medico prescrittore
codSpecializzazione	Specializzazione del medico prescrittore indicato in cfMedico1
Nre	L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE)

PRESCRIZIONE FARMACEUTICA	
Contenuto informativo	Descrizione
tipoRic	Tipologia della ricetta compilata
codiceAss	Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta
cognomeAss	Cognome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
nomeAss	Nome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
Indirizzo	Indirizzo dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
oscuramDati	Campo per indicare la volontà da parte dell'assistito per cui è compilata la ricetta di nascondere i dati anagrafici
numTessSasn	Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN
socNavigaz	Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN
tipoPrescrizione	Tipologia della prescrizione
codEsenzione	Codice esenzione riportato in ricetta
nonEsente	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no
codDiagnosi	Codice diagnosi o del sospetto diagnostico
descrizioneDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico
dataCompilazione	Data compilazione della ricetta da parte del medico
dispReg	Disposizioni regionali specifiche
provAssistito	Provincia di residenza dell'assistito
aslAssistito	Asl di residenza dell'assistito
statoEstero	Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere
istituzCompetente	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere
numIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere
numIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere
CodAutenticazioneSac	Codice di autenticazione rilasciato dal SAC all'atto dell'invio della prescrizione
MessRegionale	Frase regionale predefinita e approvata a livello nazionale.
dataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere
dataScadTessera	Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere
SEZIONE DATI SINGOLE PRESTAZIONI	
codProdPrest	Codice prodotto farmaceutico
descrProdPrest	Descrizione prodotto farmaceutico
codGruppoEquivalent	Codice del gruppo di equivalenza secondo la codifica AIFA, nel caso di prescrizione farmaceutica con principio attivo
descrGruppoEquivalent	Descrizione testuale del gruppo di equivalenza secondo la dizione AIFA
nonSost	Non sostituibilità del prodotto
motivazNote	Nota esplicativa di ciò che è stato prescritto

PRESCRIZIONE FARMACEUTICA	
Contenuto informativo	Descrizione
codMotivazione	Codici di motivazione di non sostituibilità di un farmaco
notaProd	Nota AIFA
Quantita	Quantità di confezioni
Posologia	Indicazione circa tempi e modi di somministrazione del medicinale

## Par. 16 - Contenuti della prescrizione specialistica

PRESCRIZIONE SPECIALISTICA	
Contenuto informativo	Descrizione
<b>SEZIONE DATI RICETTA</b>	
cfMedico1	Codice fiscale del medico 'titolare'
cfMedico2	Codice fiscale del medico 'sostituto'
codRegione	Codice Regione/Provincia Autonoma del medico titolare
codASLAo	Codice ASL del medico prescrittore indicato in cfMedico1
codStruttura	Codice della struttura dove opera il medico prescrittore
codSpecializzazione	Specializzazione del medico prescrittore indicato in cfMedico1
Nre	L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE)
tipoRic	Tipologia della ricetta compilata
codiceAss	Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta
cognomeAss	Cognome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
nomeAss	Nome dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
Indirizzo	Indirizzo dell'assistito per cui viene compilata la ricetta
oscuramDati	Campo per indicare la volontà da parte dell'assistito per cui è compilata la ricetta di nascondere i dati anagrafici
numTessSasn	Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN
socNavigaz	Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN
tipoPrescrizione	Tipologia della prescrizione
codEsenzione	Codice esenzione riportato in ricetta
nonEsente	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no
codDiagnosi	Codice diagnosi o del sospetto diagnostico
descrizioneDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico
dataCompilazione	Data compilazione della ricetta da parte del medico
tipoVisita	Tipologia della visita
dispReg	Disposizioni regionali specifiche

PRESCRIZIONE SPECIALISTICA	
Contenuto informativo	Descrizione
provAssistito	Provincia di residenza dell'assistito
aslAssistito	Asl di residenza dell'assistito
indicazionePrescr	Indicazione della prescrizione
Altro	Il campo "Altro", come da ricetta cartacea, a disposizione per usi futuri
classePriorita	Classe di priorità della prescrizione
statoEstero	Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere
istitutCompetente	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere
numIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere
numIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere
CodAutenticazioneSac	Codice di autenticazione rilasciato dal SAC all'atto dell'invio della prescrizione
MessRegionale	Frase regionale predefinita e approvata a livello nazionale.
dataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere
dataScadTessera	Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere
SEZIONE DATI SINGOLE PRESTAZIONI	
codProdPrest	Codice prestazione specialistica
descrProdPrest	Descrizione testuale più particolareggiata possibile della prestazione
descrTestoLiberoNote	Nota esplicativa di ciò che è stato prescritto per prestazioni specialistiche
Quantità	Quantità di prestazioni specialistiche prescritte
codCatalogoPrescr	Deve contenere il codice della prestazione secondo il catalogo regionale unico delle prestazioni
tipoAccesso	Indica se la prestazione richiesta è riferita ad un primo accesso o ad un accesso successivo
numeroNota	Numero progressivo identificativo della nota come previsto nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione
condErogabilita	Condizione di derogabilità come prevista nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione
approprPrescrittiva	Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione
Patologia	Codice patologia come previsto nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione
tipoAmbulatorio	Indica la tipologia di ambulatorio/laboratorio presso i quali è erogabile la prestazione
Numsedute	Numero di ripetizioni/sedute prescritte dal medico per prescrizioni ripetitive/cicliche

## Par. 17 - Contenuti della cartella clinica

La cartella clinica può contenere, tra gli altri, i dati e documenti elencati nei precedenti punti, afferenti a un episodio di ricovero.