



Sezione Regionale FVG.

C.F. 94156650304

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

Il Presidente p.t.

cell. 328.5560373

Al Direttore Generale
ASUFC

asufc@certsanita.fvg.it

e p. c.:

Al Direttore Centrale Salute
Regione Aut. FVG

salute@certregione.fvg.it

Al Direttore Generale
ARCS

arcs@certsanita.fvg.it

Al Sig. Presidente

OMCeO Udine

segreteria.ud@pec.omceo.it

Oggetto: Trasmissione doc. probante. Allegati.

Si trasmette in allegato documentazione ove si rilevano parecchie criticità che tramite gli assistiti vengono portate all'attenzione dei loro MMG per le successive incombenze prescrittive spesso inappropriate come evidenziato negli allegati stessi: si tratta ovviamente di esempi di ciò che ogni MMG potrebbe esibire quotidianamente, ove è palese la pressione prescrittiva inappropriata che si vorrebbe caricare sulle spalle di chi viene poi tacciato di inappropriata ad esempio sulla prescrizione di RM., PPI (o IPP), ecc.; tutto ciò in palese violazione di disposizioni, anche a tutela degli assistiti, ben note e vigenti da anni che non si vogliono, ad ogni livello, far applicare.

Si sottolinea nuovamente che il mancato rilascio del certificato/attestato (telematico) di malattia comporta l'automatica procedura disciplinare anche deontologica: il non applicarla potrebbe configurare un'abuso/omissione d'atti.

Si chiede inoltre se "*L'operatore sanitario di pronto soccorso*" (v. Verbale odierno del P.S. di Palmanova) sia un Medico e a quale albo provinciale sia iscritto.

Si rimane in attesa di riscontri ai sensi della legge 241/1990 e smi.

Distinti saluti

Gonars, 24 agosto 2023

Dott. Stefano Vignando

VERBALE PERCORSO BREVE DI PRONTO SOCCORSO

Palmanova, Il 24/08/2023

n. verbale: 2023 / 1 2

Assistito

S	A	nato il:	/1975	sessu:	
residente in:	VIA	c.f.:	S L 75	A	
tel/cell:	34	i3			
comune di nascita :		- UD			
		c.r.a.:	J 7		

Accesso

24/08/2023 06:15 Codice colore di Priorità: Verde

per causa 1. Malattia; inviato da 1. Decisione propria; arrivato con 1. Autonomo (arrivato con mezzi propri); proveniente da 1. Domicilio

Parametri funzionali

	AVPU	Dolore	GCS Eye	GCS Motor	GCS Verbal
24/08/2023 06:15	Alert (vigile)	1	4	6	5

Consulenza richiesta

Visita oculistica

Conclusioni

Si rimanda alle indicazioni dello specialista

NON RILASCIATO CERTIFICATO DI MALATTIA

l'episodio di pronto soccorso si è chiuso alle ore 06:18 del 24/08/2023 con esito Percorso Breve - non pagante

L'operatore sanitario di pronto soccorso: DURI' LISA ???

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Sanitario Regionale
ASUFC

OSPEDALE DI PALMANOVA - U.O. DI OCULISTICA

tel. 0432-921291 fax 0432-921320

Direttore: Dott. f.f. Sabrina Crovato

—0—

Palmanova, 24/08/2023

S.	A	
d. nasc.:	/1975	
Cod. Fisc.:	S' L 7	A
Tel. : 34'	3	

Numero Impegnativa:

Data esecuzione esame: 24/08/2023

Provenienza: PS e Medi. d'Urgenza - H Palmanova

Visita oculistica

Applicazione medicazione su ferita

PS sensazione CE OS dopo aver tagliato erba

OS lieve iperemia, abrasione superficiale detersa settore temporale, cornea

trasparente ca quiete

eversione palpebrale non ce

si medica

benda fino domani

oftacilox pom 3 volte/dì per 7 g

dott. Francesca Furlan

N.B.: Portare questo referto ad ogni visita successive

Servizio di Diagnostica per Immagini
Responsabile dott. Giorgio Pivetta

P , E

VIA

(UD)

Accesso: PAGANTI

Data prestazione: 01/08/2023

Nato/a il: 01/04/1985

Data referto: 01/08/2023

Età:

Medico richiedente:

Codice Paziente Nr: 2 6

ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX

Indicazione all'indagine: controllo area di maggior densità descritta al precedente esame del 30/01/23 nella sola proiezione obl dx nei settori sup

Dati clinico-anamnestici:

Menarca: 14aa, ultimo ciclo: 01/08/23 no E-P, n° gravidanze:1 a 36aa, nega familiarità per ca mammella, ca ovaio, ca pancreas e melanoma

Tecnica d'esame:

Esame mammografico eseguito in proiezione C-C dx: Classe di dose I sec. Art. 161 D. Lgs 101/2020.

Esame ecografico eseguito con sonda lineare multifrequenza da 4-15 MHz

Densità mammografica: BI_RADS C

Reperti mammo-ecografici

Nei confronti del precedente esame invariata l'area di lieve asimmetria ghiandolare

Al controllo ecografico non lesioni focali sospette bilateralmente. Cisti sparse

Non linfadenomegalie ascellari.

CONCLUSIONI:

ACR-BI-RADS 3*quadro di normalità-benignità

RACCOMANDAZIONI:

Si consiglia completamente con Risonanza magnetica mammaria con MdC (appuntamento da fissare scrivendo al seguente recapito mail senologia@policlinicoudine.it (all'attenzione dell'infermiera Laura) o seguente recapito telefonico **0432 239213**, specificando data dell'ultimo ciclo e allegando foto dell'impegnativa)

* Classificazione Breast Imaging Reporting Data System - American College of Radiology

IMPORTANTE: leggere il foglietto informativo allegato.

Rimango a disposizione Sua e del Curante al seguente indirizzo email: senologia@policlinicoudine.it recapito telefonico **0432 239411**

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Sanitario Regionale
ASUFC

OSPEDALE DI PALMANOVA - S.O.C. Di Otorinolaringoiatria

Appuntamenti telefonici tramite CUP numero call center: 0434 223522
attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 07.30 alle ore 18.00 e il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.00

Palmanova, 04/08/2023

n. ambulatoriale: Orl Pal 2 3

C **I**
d. nasc.: /1962
Cod.Fisc.: C R 62 P
Tel. : 3 0

Numero Impegnativa: 06 0

Esame audiometrico tonale

Controllo otorinolaringoiatrico

Data esecuzione esame: 04/08/2023

Anamnesi – quesito diagnostico:

Pz 61aa in nota storia di otiti ricorrenti in OMC perforata sin, già valutata presso centro HUB e proposta di follow-up clinico e protesizzazione. Oggi per ripetizione esami audio. Nega precedenti episodi di otorrea recenti

Esame obiettivo:

Modica deviazione del setto nasale. Cavo orale: ndd

Otoscopia Au destro: MT integra, assenza di secrezioni patologiche

Au sn nota perforazione timpanica a livello del quadrante antero inferiore, asciutta, non secrezioni patologiche.

es. audiometrico tonale: ipoacusia neurosensoriale lieve pantonale di destra, ipoacusia mista di grado moderato con GAP trasmissivo A-O di circa 35 db, curve osse sovrapponibili. Vocale compatibile con tonale

Eventuali procedure invasive effettuate:

Diagnosi o ipotesi diagnostica:

perforazione in atto asciutta in nota OMC sn

Indagini richieste:

Prescrizioni terapeutiche:

Non bagnare orecchio

In caso di otorrea Cilodex oto gtt auricolari: 4 gtt orecchio di sinistra, mattina e sera per 7 giorni

Prossimo appuntamento e/o controllo:

Si consiglia prosecuzione iter proposto da centro Hub

dott. C A

**Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Sanitario Regionale
ASUFC**

OSPEDALE DI LATISANA - U.O. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

tel. 0431-529392

Direttore: Dr. Giuseppe Tancredi

A **R**
d. nasc.: /1981
C.R.A.: L 1
Cod. fisc.: L R 81. F
Indirizzo: VIA

Tel. : 3 5

Numero Impegnativa:

Data esecuzione esame: 16/08/2023

Prestazioni: **Visita ortopedica**

frattura scomposta del polso sinistro

trauma ieri

l'esame rx mostra grado di scomposizione accettabile

polso tumefatto

si applica valva

si consiglia

- esame rx fra 7 gg presso l'ospeda di Palmanova ed ev applicazione di apparecchio gessato
- Deltacortene 25mg: 1 cpr dopo colazione e 1 cpr dopo cena per 3 gg, successivamente 1 cpr dopo colazione per 4 gg
- omeprazolo 20mg: 1 cpr prima di colazione per 10 gg → **NON INDICATA LA NON PRESCRIBILITA' SSN**
- Nedemax traumi: 1 cpr prima di colazione e 1 cpr prima di cena

dott. A S

Latisana, 16/08/2023

N.B.: Portare questo referto ad ogni visita successiva

REFERTO

MISURIANA RODOLFO			
nato/a a	il	/1956	Residente in:
M R 56 T			VIA
MMG:			
Azienda appartenenza: ASUFC - AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE			

Prestazioni

Visita urologica

Data di esecuzione: 01/08/2023 - **fascia contrattuale:** Libera professione - LP Intramoenia

Anamnesi fisiologica: sposato, 1 figlio, non fuma, nega allergie, non ha familiarità per k prostata.

Anamnesi patologica remota: tonsillectomia,

Anamnesi urologica: paziente asintomatico per il riscontro di PSA=19 ha eseguito una visita urologica con riscontro alla RR di prostata indurita in toto
Ha eseguito una TAC T-A che ha evidenziato prostata disomogenea, alcuni linfonodi ingrossati a livello otturatorio-ischiatico il e area di ostorarefazione di 1 cm in sede pertrocanterica femorale sin, maggiore a sin di 13 x 8 mm
Alla esplorazione rettale la prostata appare ingrossata e di consistenza aumentata.
Per un corretto inquadramento clinico consiglio la esecuzione di:

- Risonanza magnetica multiparametrica della prostata e
 - biopsia prostatica in modalità fusion
- Cordiali saluti

Gorizia, 01/08/2023

Il medico
dott. Fabio Vianello

**Servizio di Procreazione Medicalmente
Assistita**

Z M

(UD)

Conv.: ESTERNO PRIVATO

Fivet PRIVATO

data prestazione: 18/05/2023

Nato/a il: /1981 Età: 41

data referto: 18/05/2023

Codice Paziente Nr.: 2 7 - 2023/0 4

CONTROLLO CLINICO ED ECOGRAFICO

La pz giunge per programmazione procedura PMA di II livello. Infertilità secondaria da 05/2022

Dati anamnestici:

età 41 anni PARA: 1001 (TC in elezione per distacco retinico in gravidanza a 02/2020, gravidanza da ET EMBRIO CRIO) UM: 01/05/23. Non ha ripetuto ormonali

Cicli precedenti: - FIVET 03/2019 ciclo sospeso per rischio OHSS, congelate 3 blastocisti; ET 1 blastocisti 03/2019 gravidanza biochimica; ET 2 blastocisti 05/2019: gravidanza a termine

Partner: astenospermia. Ultimo spermogramma (03/23) cc 50 mil/mL; MT 30%; FN 8%

ECO TV odierna: utero AVF, lieve disomogeneità sul fondo (adenomiosi?). Pattern endometriale 9 mm secretivo. Ovaio destro con follicolo periovulatorio di 19 mm + almeno 10 AF; ovaio SN retrouterino mal valutabile, apparentemente con 5 AF. Douglas libero da versamenti.

Iconografia in allegato (5)

Conclusioni: infertilità di coppia: fattore maschile moderata astenospermia + fattore femminile età. La tecnica proponibile è una FECONDAZIONE IN VITRO OMOLOGA con eventuale diagnosi pre-impianto in ragione dell'età della paziente.

Durante il colloquio ho indicato gli esami da ripetere (come da elenco in allegato), ho inoltre consegnato tariffario e consenso informato alla paziente. Invito la coppia a prendere appuntamento per Consulenza Biologica per approfondire la tematica della diagnosi pre -impianto

Dott.ssa PICCOLO STEFANIA

Piccolo Stefania @gmail.com

Pagina 1 di 1

referto sottoscritto con firma digitale ai sensi degli artt. 20, 21 n. 2, 23 e 24 del D. Lgs. ddl 7 marzo 2005 e successive modifiche.

copia cartacea è conforme all'originale depositato presso POLICLINICO CITTA' DI UDINE S.P.A. - Casa di Cura Primario
firmato da Dott.ssa PICCOLO STEFANIA il 18/05/2023 alle 16:30

Gentile collega,
nel percorso diagnostico-terapeutico di Procreazione Medicalmente Assistita intrapreso dalla coppia sotto identificata, Le **chiederei cortesemente la prescrizione dei seguenti accertamenti** (quelli barrati nell'ambito di ciascun elenco), che costituiscono elemento essenziale per le procedure in oggetto:

PER LA PARTNER FEMMINILE signora F II 

- Antigeni Australia Virus Epatite B (HBsAg) (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti Antigene "core" Virus Epat. B IgM (HBcAb -IgM) e IgG (HBcAb -IgG) (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) (validità 3 mesi)
- VDRL (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti - Hiv 1 / 2 (validità 3 mesi)
- Elettroforesi emoglobina (validità illimitata)
- Gruppo sanguigno (validità illimitata)
- Ricerca anticorpi anti virus rosolia (validità 6 mesi)
- Ricerca anticorpi anti toxoplasma (validità 6 mesi)
- Ricerca anticorpi anti CMV (validità 6 mesi)
- Test di Coombs indiretto (validità 6 mesi)
- Pap test (validità 1 anno)
- FSH in 2^a-5^a giornata del ciclo mestruale, AMH (validità 6 mesi) → con la certificazione del 05/23
- Mammografia o ecografia mammaria (validità 1 anno)
- Elettrocardiogramma (validità 1 anno)
- PT, PTT, Fibrinogeno, Glicemia, Emocromo con formula, transaminasi, γGT (validità 6 mesi)
- TSH, FT4, Ab antitireoglobulina e antiperossidasi (validità illimitata)

Solo se espressamente richiesto:

- Isterosalpingografia o isterosonosalpingografia (validità illimitata)
- Isteroscopia diagnostica (validità illimitata)
- Cariotipo (validità illimitata)
- Screening per la fibrosi cistica (validità illimitata)
- Genescreen (validità illimitata)
- Pannello trombofilia (validità illimitata)

PER IL PARTNER MASCHILE signor L A 

- Antigeni Australia Virus Epatite B (HBsAg) (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti Antigene "core" Virus Epat. B IgM (HBcAb -IgM) e IgG (HBcAb -IgG) (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) (validità 3 mesi)
- VDRL (validità 3 mesi)
- Anticorpi Anti - Hiv 1 / 2 (validità 3 mesi)
- Elettroforesi emoglobina (validità illimitata)
- Gruppo sanguigno (validità illimitata)
- Valutazione urologica/androgica
- Spermogramma base
- Spermogramma capacitato

Solo se espressamente richiesto:

- Ricerca delle microdelezioni del cromosoma Y (validità illimitata)
- Cariotipo (validità illimitata)
- Screening per la fibrosi cistica (validità illimitata)
- Genescreen (validità illimitata)

RingraziandoLa per la gentile collaborazione, e rimanendo a disposizione per ogni eventuale ulteriore informazione, Le porgo cordiali saluti.

Udine, 18/05/2023

Timbro e firma del Medico
Policlinico Città di Udine
Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita
dott.ssa Stefania Piccolo

PIANO TERAPEUTICO¹

PAZIENTE Z. cognome M. nome (iniziali ove previsto)
Codice Fiscale 2 V
Età 41 data di nascita 1/1/81 Sesso M F Telefono 3
ASL di residenza dell'assistito ASU FC Provincia UD Regione FVG
Medico curante

DIAGNOSI Infertilità di coppia
FSH (3° gg) 5,3 formulata in data 10/01/2023
Medico specialista | | Dr. Piccolo
SERVIZIO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA - POLICLINICO CITTÀ DI UDINE S.p.A. - CASA DI CURA PRIVATA
Viale Venezia 410 - 33100 Udine - Tel. 0432 239725 - Fax 0432 239723
Responsabile del Centro: dott.ssa Liana Bianchi

PROGRAMMA TERAPEUTICO
Farmaco/i prescritto/i (specialità): A) PERGOWERIS 900 UI (3 confezioni)
B) OVIRELLE +350 mcg
Nota AIFA n. 74
Posologia A) 125 UI/obie per 12 giorni
B) 1 pacco in obio e 1 obio di 90 giorni
Durata prevista del trattamento² 506 UI/28i
Annotazioni
Prima prescrizione Prosecuzione della cura
Luogo e data Udine 11/07/2023
Policlinico Città di Udine
Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita
dott.ssa Stefania Piccolo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE³

¹ Da redigere in triplice copia ed inviare alla Direzione Sanitaria di Policlinico Città di Udine. Una copia va consegnata alla paziente per il proprio medico curante. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

² Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

³ I dati identificativi del medico prescrittore devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

