



ACCETTAZIONE

DATI ANAGRAFICI: SCHEDA N° _____ DEL GIORNO ____ / ____ / ____
 NOME _____ COGNOME _____ SESSO _____
 RESIDENZA _____ DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____ RECAPITI _____
 INTERVENTO: ORA: _____ LUOGO: _____
 MOTIVO/DINAMICA DELL'EVENTO: _____

CODICE TRIAGE ATTRIBUITO:

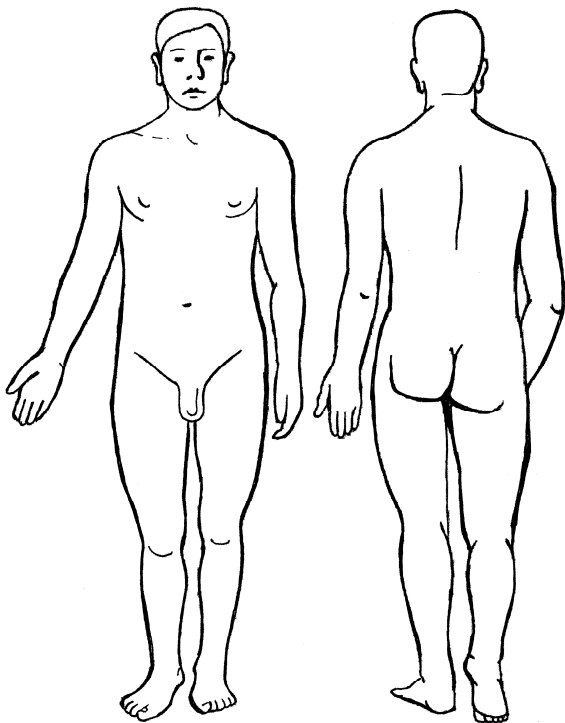
BIANCO
 VERDE
 GIALLO
 ROSSO

RACCOLTA DATI E POSIZIONAMENTO PRESID

DIABETE
 CARDIOCORONAROPATIA
 BPCO
 DIALISI
 NPL
 IPERTENSIONE
 NEFROPATIA
 EPATOPATIA
 TOSSICODIPENDENZA
 FUMATORE

ALTRO _____

ALLERGIE _____



LEGENDA DISEGNO:

- CVP catetere venoso periferico (misura)
- CVC catetere venoso centrale (misura)
- TET tubo endo-tracheale (misura)
- SNG sondino naso-gastrico (misura)
- PA manicotto pressione arteriosa
- CV catetere vescicale (misura)
- CC collarino cervicale (misura)
- STB steccobenda
- ✕ ferita lacero contusa
- sospetta frattura/distorsione
- × ecchimosi/ematoma
- △ trauma regione _____
- ☆ emorragia massiva
- algia regione _____

Monili _____ consegnati a _____ Firma Infermiere _____

FASE POST-INTERVENTO

Alle ore _____ il giorno ____ / ____ / ____ IL PAZIENTE SU PARERE MEDICO VIENE

DIMESSO
 RINVIATO AL CURANTE
 TRASFERITO IN PS PER ACCERTAMENTI
 RIFIUTA IL RICOVERO*

PRESSO _____ CODICE 1 2 3 4 MEZZO CRI _____

(SIGLA RADIO _____) ACCORDI PRESI CON _____ TEL _____

DIAGNOSI D'INVIO o DI DIMISSIONE _____

Firma Medico _____ Firma Infermiere _____

PARAMETRI VITALI

ORA:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
PA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FC										
Sat O ₂ %	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
DIURESI	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
PERDITE										
CUTE										
RESPIRO										

PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

		ORARIO						Sigla Medico/Infermiere	
FARMACI ED INFUSIONI		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ALTRE PRESCRIZIONI		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

DIARIO MEDICO/INFERMIERISTICO

* Edotto dei rischi cui posso andare incontro non accettando di farmi trasportare al Pronto Soccorso e contro la volontà del personale sanitario, con la sottoscrizione del presente documento confermo la mia volontà di rifiutare il ricovero ed esonero il personale sanitario da qualsiasi responsabilità.

Firma Paziente _____

