



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 PRESIDI

DIABETE

CARDIOCORONAROPATIA

BPCO

DIALISI

NPL

IPERTENSIONE

NEFROPATIA

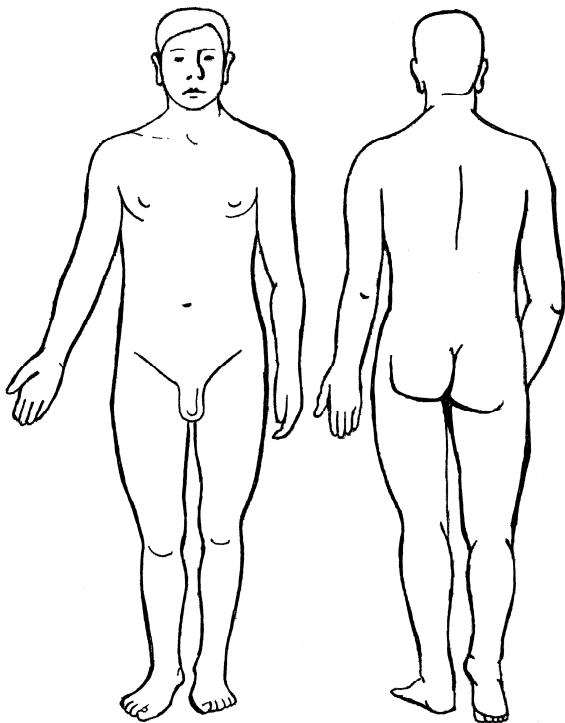
EPATOPATIA

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 _____

