



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
Servizio di Teleassistenza Over-65

NOTA DI TELECONSULTO MEDICO

Paziente _____ Nato il ____ / ____ / ____ Sesso: ____ Cod.Fisc. _____
Residente _____ Telefono _____

Ultimo accesso in ospedale:

Data: ____ / ____ / ____ - Reparto: _____ - Ospedale: _____

Diagnosi di dimissione (Quesito diagnostico): _____

STORIA CLINICA

Anamnesi Patologica remota: _____

Anamnesi Patologica prossima: _____

Anamnesi Patologica Fisiologica: _____

Anamnesi Familiare: _____

Terapie farmacologiche in corso: _____

Allergie note: _____

ESAME OBBIETTIVO(mediante colloquio video assistito):

Durante il colloquio il paziente riferisce:





Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa
Servizio di Teleassistenza Over-65

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Diagnosi: _____

Terapia prescritta o modificata: _____

Accertamenti e/o esami diagnostici consigliati: _____

Conclusioni: _____

Prossimo teleconsulto programmato in data: __ / __ / ____

SINTESI CHIAMATA

Data Teleconsulto: __ / __ / ____

Medico Referente Teleconsulto: Dott./dott.ssa _____

