

**ACCETTAZIONE SANITARIA**

Data di ingresso: **12/11/2023** ora **16:02**

Protocollo **000210 /2023**

**IL PAZIENTE RIFERISCE LE SOTTOELENcate GENERALITA'**

Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>SCS</b>	C. fiscale	<b>PRVSCS12T12L5000</b>
Nato a	<b>URBINO</b>	Data nascita	<b>12/12/1912</b>	Eta'	<b>110,11</b>
Residente a	<b>MACERATA</b>	Indirizzo	<b>VIA RESIDENZA</b>	Sesso	<b>MASCHIO</b>
Domicilio	<b>CIVITANOVA MARCHE</b>	Indirizzo	<b>VIA RECAPITO</b>	Telefono	<b>3204099090</b>
Stato civile		Professione		Tit. studio	

**TRIAGE**

Inviato da	<b>Medico inviante 3</b>		
Modalita' Arrivo	<b>Ambulanza 118</b>		
Anamnesi al Triage	<b>COMMENTI TRIAGE</b>		
Motivo		Causa	<b>incidente stradale</b>
Luogo			Autorita'
Circostanze			

**Diario clinico**

**Operatore**

**Trasferimento**

Data	<b>13/11/2023</b>	ora	<b>16:02</b>
Ospedale		Reparto	<b>Chirurua</b>

<b>Diagnosi</b>	<b>Note diagnosi</b>
Prognosi	giorni <b>Prognosi 1</b>