UTENTE:	Iniz. COGN.	Iniz. NOM.	Cod. DOSSIER UTENTE N°	R3	R3D	
				CARTELLA	INFERN	/IIERISTICA

MODULO 13

PRESCRIZIONE ESAMI DIAGNOSTICI-ACCERTAMENTI

Cod. ROG26/1.13 Rev.02 del 30.06.2025

AZIENTE:	ANNO	N° progr.	

DATA	ESAME DIAGNOSTICO VISITA SPECILISTICA	IPOTESI ACCERTAMENTO	Data e Nr. PRESCRIZ. (NRE)	MEDICO PRESCRITTORE	SIGLA Infermiere
			, ,		
			-		
			-		

- Riportare l'esame o visita specialistica prescritta e l'ipotesi da confermare
 Riportare la data e il numero della prescrizione e il nominativo del medico prescrittore
- Conservare in allegato al modulo la copia delle prescrizioni