|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODULO 13** | **PRESCRIZIONE ESAMI DIAGNOSTICI-ACCERTAMENTI** | Cod. ROG26/1.13  Rev.02 del 30.06.2025 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAZIENTE: |  |  | 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

**NOTA:** Numerare progressivamente ogni modulo e archiviare cronologicamente, unitamente alle copie delle prescrizioni, in un unico plico per ogni singolo anno solare.