

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100003

VERBALE PARZIALE DI PRONTO SOCCORSO

Cognome e nome	Sesso	Codice Fiscale
TEST FUNZIONALE	Femminile	TSTFZN75D41A006 G
Comune nascita: :ABBADIA SAN SALVATORE	Stato Nascita: ITALIA	Data Nascita: 01/04/1975
Cittadinanza: ITALIA		
Residente a: BAIARDO	In:	
Domiciliato a: BAIARDO	In:	
Regione: LIGURIA	ASL: 070001	Telefono rif.:

Causa dell'accesso: Infortunio Domestico

Data e ora di accesso: 28/06/2023 – 13:55

Data e ora di dimissione: 28/06/2023 14:04

ANAMNESI

Test sta bene

Data	ora	Medico
28/06/2023	13:59	Iuddi

ESAME OBIETTIVO

Test test

Data	ora	Medico
28/06/2023	14:02	Iuddi

PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI RICHIESTI

PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI EFFETTUATI

visita di pronto soccorso

PARAMETRI VITALI

All'esame obiettivo:

Rilevazioni successive:

CONSULENZA

REFERTO

IL MEDICO



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100003

TERAPIA

DIARIO CLINICO

NOTE E PRESCRIZIONI

CONTROLLI CLINICI c/o MMG

- Inabilita' al lavoro : No

ESITO

Dimesso

DIAGNOSI

Test

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

<input type="checkbox"/> Cert. INAIL	<input type="checkbox"/> Denuncia Morso Animale	<input checked="" type="checkbox"/> Pagamento Ticket 000001
<input type="checkbox"/> Relazione Medica	<input type="checkbox"/> Denuncia Malattia Infettiva	<input type="checkbox"/> Ref. Aut. Giudiziaria
<input type="checkbox"/> Richiesta Riscontro Autoptico	<input type="checkbox"/> TSO	<input type="checkbox"/> Catena di Custodia

[x_citta@d], li 24/01/2024 09:06

Il medico

[x_qual@d] [x_nome@d] [x_cognome@d]

Operatore di Stampa: veradmin veradmin

