

## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100009

### VERBALE PARZIALE DI PRONTO SOCCORSO

Cognome e nome	Sesso	Codice Fiscale
CQTEST ADULTO9	Maschile	CQTDLT66H01Z356 V
Comune nascita: :	Stato Nascita: TANZANIA	Data Nascita: 01/06/1966
Cittadinanza: TANZANIA		
Residente a:	In:	
Domiciliato a:	In:	
Regione:	ASL:	Telefono rif.:

Causa dell'accesso: Stato Morboso

Data e ora di accesso: 10/07/2023 – 10:55

Data e ora di dimissione: 10/07/2023 10:57

#### ANAMNESI

test

Data	ora	Medico
10/07/2023	10:56	Iuddi

#### ESAME OBIETTIVO

test

Data	ora	Medico
10/07/2023	10:56	Iuddi

#### PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI RICHIESTI

#### PRESTAZIONI ED ACCERTAMENTI EFFETTUATI

visita di pronto soccorso

#### PARAMETRI VITALI

All'esame obiettivo:

Rilevazioni successive:

CONSULENZA

REFERTO

IL MEDICO

#### TERAPIA

CRC535089CE Rappresentazione di un documento firmato elettronicamente, secondo la normativa vigente. Num. Certificato 65871AE5E39D70D0  
emesso da Actalis S.p.A. - Firmatario: Devid Masini - Data e ora della firma: 11/01/2024 10.27.27 Documento n° PA-  
LT/202310000900406829260024 1/2



## DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Cartella Clinica n. 2023100009

DIARIO CLINICO

NOTE E PRESCRIZIONI

CONTROLLI CLINICI c/o MMG

- Inabilita' al lavoro : No

ESITO

Dimesso

DIAGNOSI

test

### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Cert. INAIL

☐ Denuncia Morso Animale

☒ Pagamento Ticket 000007

☐ Relazione Medica

☐ Denuncia Malattia Infettiva

☐ Ref. Aut. Giudiziaria

☐ Richiesta Risccontro Autoptico

☐ TSO

☐ Catena di Custodia

[x\_citta@d], li 11/01/2024 10:26

Il medico

[x\_qual@d] [x\_nome@d] [x\_cognome@d]

Operatore di Stampa: veradmin veradmin

