

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

