

Numero di Verbale: 2023000002  
Data/ora accettazione: 03/05/2023 12:48:24

IE202300  
ID Evento : 2023000002

Cognome:	TEST	Nome:	TEST	Sesso:	M
Nato il:	01/01/1920	a:	PARMA	Prov.:	PR
Residente a:	SENZA FISSA DIMORA/NON DEF		Prov.:	Indirizzo: VIA PPP	
Codice USL:	999	Tesserata sanitaria:	Cod Fisc:	TSTTST20A01G337F	STP:

Assoggettabile alla compartecipazione alla spesa: SI

Causale:	MALATTIA	Mod.invio:	DECISIONE PROPRIA	Data/ora:
Mezzo arrivo:	AUTONOMO	Luogo:		Tipo:
Mezzo:		Ruolo:		
Accettante:	DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA		Dati aggiornati da: DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA	
Triage infermieristico:				
MOTIVO ACCESSO				

Dati anamnestici: ANAMNESI

Esame obiettivo:

Il medico accettante: DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA

Prestazioni di P.S.:

VISITA INTERNISTICA DI PRONTO SOCCORSO

Diagnosi: ASDSDFSDF



Numero di Verbale: 2023000002

Data/ora accettazione: 03/05/2023 12:48:24

IE202300

ID Evento : 2023000002

Cognome: <b>TEST</b>	Nome: <b>TEST</b>	Sesso: <b>M</b>
Nato il: <b>01/01/1920</b>	a: <b>PARMA</b>	Prov.: <b>PR</b>
Residente a: <b>SENZA FISSA DIMORA/NON DEF</b>	Prov.: <b></b>	Indirizzo: <b>VIA PPP</b>
Codice USL: <b>999</b>	Tessera sanitaria: <b></b>	Cod Fisc: <b>TSTTST20A01G337F</b>
		STP: <b></b>

Data/ora dimissione: 03/05/2023 14:33:07

Tipo prognosi: **S.C.**

Prognosi gg:

Esito: **AL CURANTE**

Prescrizioni:

**N.B.: Questa prestazione è stata erogata da una struttura organizzata per affrontare problemi acuti e/o urgenti.**

***I pazienti successivamente devono seguire i percorsi sanitari consueti, laddove previsti, rivolgendosi al proprio Medico di Medicina Generale o allo Specialista di pertinenza per precisare e/o completare l'iter diagnostico terapeutico avviato nella struttura di emergenza/urgenza. Costituiscono parte integrante del presente verbale gli allegati relativi ad accertamenti, consulenze ed eventuali note informative su menzionate.***

Il paziente, informato ai sensi del DLGS 196/2003, sul trattamento per fini istituzionali dei dati personali nella Azienda Ospedaliera di Parma, riguardo consenso al trattamento stesso ed alla comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute ai propri congiunti:

☒ Ha acconsentito ☐ Non ha acconsentito

☐ Al momento del ricovero si trova nella impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere, ovvero non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero di un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, ovvero si trova in una condizione di rischio grave, imminente e irreparabile per la salute, o per l'incolumità fisica, ovvero si trova in una situazione tale che la prestazione medica può essere pregiudicata dalla acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia.

L'informativa ed il consenso al trattamento dei dati personali ed in particolare dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, saranno forniti senza ritardo successivamente alla prestazione, da altra UO ai sensi del DGLS 30 giugno 2003, n° 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali".