

**A.O.R.N. A. CARDARELLI**

Via A. Cardarelli N.9
80131 NAPOLI
N. verde 800019774

Sede legale
A.O.R.N. A. CARDARELLI
Via A. Cardarelli N.9
80100 NAPOLI
1234567890123456

U.O.C DI PRONTO SOCCORSO E OBI
DIRETTORE DOTT.SSA ADRIANA MODESTINA CONTE**Verbale Pronto Soccorso** 2022000146**Data e ora accettazione** 13/10/2022 16:26**Triage** giallo

Cognome IZZO	Nome GIUSEPPE	Sesso M	Luogo di nascita ITALA	Data di nascita 13/01/1978	Cod. Fiscale ZZIGPP78A13E374W
Indirizzo VIA LAZIO		ASL CE		Comune di residenza CASERTA	
Cittadinanza ITALIANA	Regione CAMPANIA	Telefono 13113		Documento SPROVVISTO	

Dati accesso**Provenienza del paziente:** Decisione Propria**Modalità di arrivo:** Autonomo (arrivato con mezzi propri)**Problema principale:** CEFALEA**Istituto provenienza:****Infortunati/Incidenti:** AGGRESSIONE**Id centrale/Codice centrale:**Triage **giallo** effettuato dall'operatore **GENNARO BUONAGURA** il **13/10/2022** alle ore **16:27**

Dati clinici Data/Ora	Temp.	P.S.	P.D.	F.C.	F.R.	S.O2%	VAS	RTS	GCS	Glicemia
13/10/2022 16:27		81	61	66	12					

Presa In Carico effettuata da **GENNARO BUONAGURA** il **13/10/2022** alle ore **16:29****Terapie a domicilio**

asxcaslxcasmlcas casmclmaslòcasm amnlcòmalclasò

Esito giallo DIMISSIONE A DOMICILIO del **27/02/2023 10:50****Diagnosi di Dimissione:** DIFTERITE NASALE ANTERIORE - diagnosi daksldask asdkldkask kmsalda☒ **Edotto dei Rischi Raggi X ne accetta l'esecuzione** ☐ **Dichiara di essere in gravidanza**☐ **Dimissione volontaria:** il/la paziente reso/a edotto/a dei rischi e/o delle complicazioni cui potrebbe incorrere, chiede di essere dimesso/a in pari data, contro il parere dei sanitari, rifiutando le ulteriori proposte.

Dichiara di aver preso visione di quanto sopra, e di essere stato informato in modo comprensibile sulle proprie condizioni di salute, sulla terapia proposta e sui rischi connessi.

IL MEDICO DIMETTENTE

GENNARO BUONAGURA [NA 1254566]

Firma del paziente (o chi per lui)

TUTOR

MUNNO ANGELO []

-In caso di ricovero tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica**-L'orario delle prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state effettuate****-Tutta la documentazione va presentata al più presto al Medico curante****-Il paziente dichiara il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell' ex D.L.vo 196/03 Codice Privacy**

**A.O.R.N. A. CARDARELLI**

Via A. Cardarelli N.9
80131 NAPOLI
N. verde 800019774

Sede legale
A.O.R.N. A. CARDARELLI
Via A. Cardarelli N.9
80100 NAPOLI
1234567890123456

**U.O.C DI PRONTO SOCCORSO E OBI
DIRETTORE DOTT.SSA ADRIANA MODESTINA CONTE****Verbale Pronto Soccorso** 2022000146**Data e ora accettazione** 13/10/2022 16:26**Triage** giallo

Cognome IZZO	Nome GIUSEPPE	Sesso M	Luogo di nascita ITALA	Data di nascita 13/01/1978	Cod. Fiscale ZZIGPP78A13E374W
Indirizzo VIA LAZIO		ASL CE		Comune di residenza CASERTA	
Cittadinanza ITALIANA	Regione CAMPANIA	Telefono 13113		Documento SPROVVISTO	

Dati accesso**Provenienza del paziente:** Decisione Propria**Modalità di arrivo:** Autonomo (arrivato con mezzi propri)**Problema principale:** CEFALEA**Istituto provenienza:****Infortunati/Incidenti:** AGGRESSIONE**Id centrale/Codice centrale:**Triage **giallo** effettuato dall'operatore **GENNARO BUONAGURA** il **13/10/2022** alle ore **16:27**

Dati clinici Data/Ora	Temp.	P.S.	P.D.	F.C.	F.R.	S.O2%	VAS	RTS	GCS	Glicemia
13/10/2022 16:27		81	61	66	12					

Presa In Carico effettuata da **GENNARO BUONAGURA** il **13/10/2022** alle ore **16:29****Terapie a domicilio**

asxcaslxcasmlcas casmclmaslòcasm amnlcòmalclasò

Esito giallo DIMISSIONE A DOMICILIO del **27/02/2023 10:50****Diagnosi di Dimissione:** DIFTERITE NASALE ANTERIORE - diagnosi daksldask asdkldkask kmsalda☒ **Edotto dei Rischi Raggi X ne accetta l'esecuzione** ☐ **Dichiara di essere in gravidanza**☐ **Dimissione volontaria:** il/la paziente reso/a edotto/a dei rischi e/o delle complicazioni cui potrebbe incorrere, chiede di essere dimesso/a in pari data, contro il parere dei sanitari, rifiutando le ulteriori proposte.

Dichiara di aver preso visione di quanto sopra, e di essere stato informato in modo comprensibile sulle proprie condizioni di salute, sulla terapia proposta e sui rischi connessi.

IL MEDICO DIMETTENTE

GENNARO BUONAGURA [NA 1254566]

Firma del paziente (o chi per lui)

TUTOR

MUNNO ANGELO []

-In caso di ricovero tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica**-L'orario delle prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state effettuate****-Tutta la documentazione va presentata al più presto al Medico curante****-Il paziente dichiara il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell' ex D.L.vo 196/03 Codice Privacy**