

Numero di Verbale: 2023000003  
Data/ora accettazione: 03/05/2023 14:47:29

IE202300  
ID Evento : 2023000003

Cognome: <b>PROVA</b>	Nome: <b>PROVA</b>	Sesso: <b>M</b>
Nato il: <b>01/01/2010</b>	a: <b>PARMA</b>	Prov.: <b>PR</b>
Residente a: <b>COMUNE SCONOSCIUTO</b>	Prov.:	Indirizzo: <b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>
Codice USL: <b>999</b>	Tessera sanitaria:	Cod Fisc: <b>PRVPRV10A01G337E</b> STP:

Assoggettabile alla compartecipazione alla spesa: <b>NO</b>
---

Causale: <b>MALATTIA</b>	Mod.invio: <b>SPECIALISTA</b>	
Mezzo arrivo: <b>AUTONOMO</b>	Luogo:	Data/ora:
Mezzo:	Ruolo:	Tipo:
Accettante: <b>DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA</b>	Dati aggiornati da: <b>DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA</b>	
Triage infermieristico: <b>ACCESSO AL PS PER VOLONTÀ DIVINA</b>		

Dati anamnestici:

Esame obiettivo: **ESAME OBIETTIVO**

Il medico accettante: **DOTT. AMMINISTRATORE SISTEMA**

Prestazioni di P.S.:  
**VISITA INTERNISTICA DI PRONTO SOCCORSO**  
**OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**

Diagnosi: **È STATO IN OBI**



Numero di Verbale: 2023000003

Data/ora accettazione: 03/05/2023 14:47:29

IE202300

ID Evento : 2023000003

Cognome: <b>PROVA</b>	Nome: <b>PROVA</b>	Sesso: <b>M</b>
Nato il: <b>01/01/2010</b>	a: <b>PARMA</b>	Prov.: <b>PR</b>
Residente a: <b>COMUNE SCONOSCIUTO</b>	Prov.:	Indirizzo: <b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>
Codice USL: <b>999</b>	Tessera sanitaria:	Cod Fisc: <b>PRVPRV10A01G337E</b>
		STP:

Data/ora dimissione: 03/05/2023 14:53:17

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".