

**REGIONE BASILICATA - AZIENDA SANITARIA MATERA**

PRONTO SOCCORSO PRESIDIO DI MATERA

DIRETTORE: Dr.ssa Margherita Maragno



PS N°: 011012023000035

Data/Ora Arrivo: 11/03/2023 14:18

Mezzo di arrivo: MEZZO PROPRIO

**DATI ANAGRAFICI:**COGNOME: **PROVA**NOME: **PROVETTO**SESSO: **M**D.NASCITA: **01/01/1980**NATO A: **POTENZA**ST.CIV.: **Non dichiarato**RESIDENZA: **POTENZA**VIA: **VIA DEI MILLE**TEL.: **111**

COD. SANIT:

CEL:

COD. FISC.: **PRVPVT80A01G942A**REGIONE: **Basilicata**

ASL:

**ACCETTAZIONE:**CODICE PRIORITÀ: **Azzurro**DATA/ORA TRIAGE: **11/03/2023 14:19**DATA/ORA INGRESSO P.S.: **11/03/2023 14:20** **URGENTE**TRATTAMENTO SAN.: **Volontario**FONTE DI INVIO: **MEDICO DI BASE****DATI CLINICI:****ANAMNESI:** **Pronto Soccorso**

Anamnesi TC20

TC20

**ESAME OBIETT.:****ATTIVITA':**

- VISITA GENERALE ( P.S.)

- ACCESSO VENOSO PERIFERICO ( O.B.I.)

**DIAGNOSI: DISPNEA TC20****PRESA IN CARICO da:** ACCESSO OBI data/ora: 11/03/2023 14:21**ESITO:** **DIMISSIONE A DOMICILIO (OBI)****USCITA:** Data/Ora: **11/03/2023 14:23**Cod. Uscita: **Azzurro****URGENTE****INDICAZIONI** - 11/03/2023 14:24 - Piano di cura/terapia - TC20**ALLA DIMISSIONE:****N.B. SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL DOCUMENTO E DI SEGNALARE IMMEDIATAMENTE LE ANOMALIE CHE DOVESSERO RISCONTRARSI**A conferma delle dichiarazioni rese  
FIRMA DEL PAZIENTE ( o chi per lui )FIRMA DEL MEDICO DI GUARDIA  
Azienda Ospedaliera Regionale "S.CARLO" - MATERA