



Data/Ora Arrivo: 13/03/2023 18:34

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: 13/03/2023 18:37

DATA/ORA INGRESSO P.S.: 13/03/2023 18:37 URGENTE

TRATTAMENTO SAN.: Volontario

FONTE DI INVIO: MEDICO DI BASE

DATI CLINICI:

ANAMNESI: Pronto Soccorso

anamnesi prova

ESAME OBIETT.:

ATTIVITA':

- VISITA GENERALE (P.S.)

TERAPIA PRATIC.:

PS - 13/03/2023 18:37 - PARACETAMOLO KABI 1000MG 10 FLAC

PS - 13/03/2023 18:37 - NUROFENJUNIOR 125 mg

DIAGNOSI: CEFALEA

ESITO: DIMISSIONE A DOMICILIO

USCITA: Data/Ora: 13/03/2023 18:40

Cod. Uscita: Azzurro

URGENTE

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