

## **ALLEGATI**

Data/Ora di Ammissione:

Codice Accesso:

Data/Ora di Chiusura:

n° braccialetto :

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

### TRIAGE

Priorità:

Prob. Principale:

Data/ora:

Modalità di Arrivo:

Operatore:

Inviato da:

Unità:

Note:

### CIRCOstanze dell'accaduto riferite dall'infungato

Data/ora dell'Evento:

Dinamica dell'Evento:

Luogo dell'Evento:

Comune dell'Evento:

Cause e circostanze dell'Evento:

### ALLERGIE

### ANAMNESI

### PRESTAZIONI

Registrata da (NOME COGNOME E MATR):

.....

Data/Ora di Ammissione:

Codice Accesso:  
n° braccialetto :

Data/Ora di Chiusura:

# Cartella Clinica di Pronto Soccorso

## PARAMETRI VITALI

DATA E ORA							
FC							
FR							
PA max							
PA min							
Temp. corp.							
SpO2 in AA							
Dolore							
CGS							
Stick Glicemico							
Diuresi							
<b>MATR OPERATORE</b>							

DATA E ORA							
FC							
FR							
PA max							
PA min							
Temp. corp.							
SpO2 in AA							
Dolore							
CGS							
Stick Glicemico							
Diuresi							
<b>MATR OPERATORE</b>							

Data/Ora di Ammissione:

Codice Accesso:

Data/Ora di Chiusura:

n° braccialetto :

# Cartella Clinica di Pronto Soccorso

## DIARIO INFERMIERISTICO

DATA E ORA	OSSERVAZIONI	FIRMA INFERMIERE



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
LATINA

- U.O.C. Pronto Soccorso e O.B.I. DEA II – Latina
- U.O.C. Pronto Soccorso, O.B.I. e M.E.U. DEA I – Formia
- Pronto Soccorso Terracina
- Pronto Soccorso Fondi

REGIONE  
LAZIO

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### DIARIO INFERMIERISTICO

DATA E ORA	OSSERVAZIONI	FIRMA INFERMIERE

Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### DIARIO MEDICO

DATA E ORA	OSSERVAZIONI	FIRMA MEDICO

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### DIARIO MEDICO

DATA E ORA	OSSERVAZIONI	FIRMA MEDICO

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### TERAPIE PRESCRITTE E SOMMINISTRATE

1. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
2. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
3. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
4. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
5. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
6. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
7. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### TERAPIE PRESCRITTE E SOMMINISTRATE

8. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
9. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
10. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
11. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
12. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
13. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
14. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### **TERAPIE PRESCRITTE E SOMMINISTRATE**

8. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
9. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
10. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
11. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
12. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
13. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	
14. Data/Ora:	Farmaco:	Quantità Unità posol.:
Prescritto da:	Somministrato da:	



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



U.O.C. Pronto Soccorso e O.B.I. DEA II – Latina

U.O.C. Pronto Soccorso, O.B.I. e M.E.U. DEA I – Formia



Pronto Soccorso Terracina

Pronto Soccorso Fondi



REGIONE LAZIO

Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

Data/Ora Richiesta:

Quesito Diagnostico:

Richiedente:

Erogatore:

Urgenza:

Esame:

Risposta

Data/Ora Richiesta:

Quesito Diagnostico:

Richiedente:

Erogatore:

Urgenza:

Esame:

Risposta

Data/Ora Richiesta:

Quesito Diagnostico:

Richiedente:

Erogatore:

Urgenza:

Esame:

Risposta

Data/Ora Richiesta:

Quesito Diagnostico:

Richiedente:

Erogatore:

Urgenza:

Esame:

Risposta



Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## **Cartella Clinica di Pronto Soccorso**

### **RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI**

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

#### **PRESTAZIONI**

Data/Ora Richiesta: .....

Quesito diagnostico: .....

Operatore Richiedente: **Dott.ssa/Dott.**.....

Esame:.....

Risposta:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data

Firma e Timbro

*nota: si raccomanda di scrivere in stampatello e in modo leggibile*



Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## **Cartella Clinica di Pronto Soccorso**

### **RICHIESTA CONSULENZE**

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

#### **PRESTAZIONI**

Esame:

Data/Ora Richiesta: .....

Quesito diagnostico: .....

Operatore Richiedente: .....

Risposta definitiva del ..... Registrata da: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*nota: si raccomanda di scrivere in stampatello e in modo leggibile*

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## **Cartella Clinica di Pronto Soccorso**

### **RICHIESTA ESAMI DI LABORATORIO**

Paziente:

Data di nascita:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

ASL:

MMG/PLS:Paziente:

Data di nascita:

Sesso:

Codice Fiscale: Codice Fiscale:

Tel.Cellulare:

Regione:Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

#### **PROFILO BASE**

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]  
 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
 CLORURO (CLORO) [S]  
 CREATININA [S]  
 EMOCROMO  
 GLUCOSIO [S]  
 LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]  
 MAGNESIO TOT [S]  
 POTASSIO [S]  
 PROTEINA C REATTIVA (PCR)  
 SODIO [S]  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]

#### **PROFILO CHIRURGICO**

COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)  
 CREATINCHINASI (CPK o CK)  
 CREATININA [S]  
 EMOCROMO  
 GLUCOSIO [S]  
 POTASSIO [S]  
 SODIO [S]  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]

#### **PROFILO DROGHE D'ABUSO**

ANFETAMINE [U]  
 CANNABINOIDI [U]  
 COCAINA [U]  
 ECTASY [U]  
 MATADONE [U]  
 OPPIAEI [U]  
 ETANOLO [S]

#### **PROFILO DROGHE D'ABUSO**

CATENA DI CUSTODIA

#### **PROFILO TIROIDEO**

CREATININA [S]  
 EMOCROMO  
 GLUCOSIO [S]  
 POTASSIO [S]  
 SODIO [S]  
 TIROTROPINA (TSH) TEST REFLEX  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]

#### **PROFILO PEDIATRICO**

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]  
 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
 CLORURO (CLORO) [S]  
 CREATININA [S]  
 EMOCROMO  
 GLUCOSIO [S]  
 LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]  
 MAGNESIO TOT [S]  
 POTASSIO [S]  
 PROTEINA C REATTIVA (PCR)  
 SODIO [S]  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]

#### **ALTRÒ** \_\_\_\_\_

#### **PROFILO CARDIACO**

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]  
 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
 CRAETINCHINASI (CPK o CK)  
 EMOCROMO  
 GLUCOSIO [S]  
 LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]  
 POTASSIO [S]  
 SODIO [S]  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]  
 TROPONINA

#### **PROFILO ADDOMINALE**

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]  
 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]  
 BILIRUBINA TOT e FRAZ (DIRETTA E INDIRETTA)  
 CREATININA [S]  
 EMOCROMO  
 FOSFATASI ALCALINA  
 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI-GGT [S]  
 GLUCOSIO [S]  
 LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]  
 LIPASI [S]  
 POTASSIO [S]  
 PROTEINA C REATTIVA (PCR)  
 SODIO [S]  
 UREA (AZOTEMIA) [S/P]

#### **PROFILO COAGULATIVO**

DIDIMERO D  
 EMOCROMO  
 FIBRINOGENO  
 TEMPO DI PROTOMBINA (PT)  
 TEMPO DI PROTOMBINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)

Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

# Cartella Clinica di Pronto Soccorso

NOME _____	COGNOME _____
LUOGO di NASCITA _____	
DATA DI NASCITA _____	
C.F. _____	

REPARTO _____
DATA _____

BIOCHIMICA ( Prov gialla o verde)	IMMUNOLOGIA ( Prov gialla o verde)	IMMUNOLOGIA ( Prov gialla)	FARMACI DOSAGGIO ( Prov gialla)	DROGHE (Prov. Urine)
Azoto	Omcisteina	HbeAg	Amfetamine	
Creatinina	ANA	HbeAb	Benzodiazepine	
Glucosio	AMA	HbcAb	Cannabinoidi	
Calcio	ASMA	HbsAb	Cocaina	
Proteine Totali	APCA	HbcAb-M	Metadone	
Sodio	n-DNA	Anti Delta	Opiacei	
Potassio	Anti-LKM	HCV-Ab	COAGULAZIONE (prov. Azzurra)	
Cloro	ENA Screening	HIV	PT	
ALT	ENA Pofile	Vitamina B12	PTT	
AST	Ab Anti-Cardiolip	Folati	FIBRINOGENO	
CPK	ANCA	β2-Microglobulina	DIDIMERO D	
LDH	AG Anti-Gliadina IgA/IgG	Ferritina	ANTITROMBINA III	
Mioglobina	EMA	FT3	CATENA DI CUSTODIA	
Troponina	TGA	FT4		
Colinesterasi Totale	Immunofissazione	TSH		
Curva	Protidogramma	Ab anti Tireoglobulina		
Amilasi	Catene K/Lambda	Ab anti-Perossidasi		
Lipasi	TOXO Toxo IgG/IgM	Recessori anti-TSH		
Acido Urico	RUB Rosalia IgG/IgM	Tireoglobulina		
Bilirubina Diretta	CITO Citomegalovirus IgG/IgM	Calcitonina		
Bilirubina Totale	HSV	BHCG		
Colesterolo Totale	Monotest	Cortisol anti-merid.		
Colesterolo HDL	EBV	Cortisol meridiano		
CK Massa	Streptozyme	Cortisol pomerid.		
Trigliceridi	TPHA	Insulina		
Ferro	VDRL	Curva insulinemica		
Fosfatasi Prostatica	Waaler-Rose	Delta 4-Androst.		
Fosfatasi Alcalina	Weil-Felix	DHEAS		
Fosforo	Widal-Wright	Estradiolo		
yGT	E. Coli o 157	FSH		
Litio	IgM Anti-Micoplasma	TPHA Quant.		
Magnesio	Clamydia IgG/IgA	LH		
Albumina	Helicobacter Pylori	VDRL Quant.		
IgA, IgG, IgM	HAV-IgG			
α1 Glicop. Acida	HAV-IgM			
Aptoglobina	HbsAG			
C3- C4	IGE TOT			
Ceruloplasmina	Citrullina			
PCR	Testosterone			
TAS	HGH-Somatotropica			
Transferrina				

**Timbro e firma**

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### ESITO:

### PRESCRIZIONI /TERAPIA DOMICILIARE:

### GIORNI CLINICI

Operatore Dott.ssa / Dott.- Firma e Timbro

---

Dichiaro di aver letto e compreso quanto contenuto nel Verbale che corrisponde a quanto da me riferito.

Firma dell'accompagnatore

---



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
LATINA



U.O.C. Pronto Soccorso e O.B.I. DEA II – Latina  
U.O.C. Pronto Soccorso, O.B.I. e M.E.U. DEA I – Formia  
Pronto Soccorso Terracina  
Pronto Soccorso Fondi



REGIONE  
LAZIO

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### ATTESTATO CERTIFICATO BLOCCO E SBLOCCO MEZZODI TRASPORTO AL PRONTO SOCCORSO

In data odierna si certifica il blocco/sblocco del seguente mezzo di trasporto paziente

N. CARTELLA DI PS:

MEZZO DI TRASPORTO:

N. CODICE MEZZO:

DATA E ORA BLOCCO:

DATA E  
ORA  
SBLOCCO:

NOTE:

FIRMA OPERATORE CHE HA ESEGUITO LO SBLOCCO: .....

FIRMA OPERATORE MEZZO TRASPORTO PER RICEVUTA: .....

Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON IMMUNOGLOBULINE ANTITETANO

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di Nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

ASL: MMG/PLS:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

Regione:

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

(In caso di paziente impossibilitato a vario titolo ad esprimere consenso valido, compilare anche la parte sottostante)

Amministratore di sostegno/tutore/esercente la responsabilità genitoriale:

Cognome Nome: \_\_\_\_\_

Grado di Parentela: \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Dichiaro di:

- Essere stato informato dal Dott.: \_\_\_\_\_ delle finalità riguardanti la somministrazione di immunoglobuline umane e sui rischi in caso di mancato consenso;
- Essere a conoscenza che il prodotto è un derivato del plasma umano sottoposto ad un procedimento di inattivazione per ridurre il rischio di trasmissione di agenti patogeni infettanti, testato per la ricerca del virus dell'Epatite B, dell'Epatite C e dell'HIV;
- Essere a conoscenza che non vi sono segnalazioni di trasmissione di virus con la somministrazione di immunoglobuline;
- Essere consapevole che non si può escludere la possibilità di trasmissione di patogeni al momento sconosciuti;
- Essere stato informato che dopo la somministrazione di immunoglobuline, nelle successive 6 settimane, non posso esseresomministrati vaccini con Virus attenuati (es. Morbillo, Parotite, Rosolia);
- Essere stato informato che in gravidanza la somministrazione è consigliata solo nei casi strettamente necessari;
- Essere stato informato che la somministrazione delle immunoglobuline è prevista mediate iniezione intramuscolare (o sottocutanea in caso di coagulopatia o trattamento anticoagulante in corso) o endovenosa in alcune sindromi in cui tale somministrazione costituisce una terapia appropriata.

Dichiaro di aver letto attentamente il presente documento e, consapevole di quanto sopra riportato:

 Acconsento Non Acconsento

al trattamento proposto

Luogo:

Firma del paziente o avente titolo

Firma del medico

Data/Ora di Ammissione:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMOCOMPONENTI

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

*(In caso di paziente impossibilitato a vario titolo ad esprimere consenso valido, compilare anche la parte sottostante)*

Amministratore di sostegno/tutore/esercente la responsabilità genitoriale:

Cognome Nome: \_\_\_\_\_

Grado di Parentela: \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato dal Dott.: \_\_\_\_\_ che, a causa della condizione clinica attuale è necessaria la somministrazione di:

- Emazie Concentrate
- Plasma fresco concentrato
- Concentrato piastrinico
- Emoderivati (Albumina Umana, Immunoglobuline, Concentrati di Antitrombina, Concentrati di Fattori della Coagulazione Plasmaderivati) - Specificare: \_\_\_\_\_
- Altri emocomponenti per uso non trasfusionale (gel piastrinico, collirio, collirio di siero autologo, colla di fibrina)  
- Specificare: \_\_\_\_\_

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

PAG 1 DI 2

### CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMOCOMPONENTI

Dichiara di essere stato informato:

- tale pratica non è esente da rischi legati alla possibile trasmissione di malattie infettive e rischi di tipo immunologico;
- delle possibili complicanze legate all'atto stesso e delle eventuali necessità terapeutiche. Dà quindi facoltà al personale medico addetto di impiegare ogni mezzo terapeutico farmacologico e/o strumentale;
- di essere stato/a informato/a degli eventuali trattamenti alternativi;
- delle possibili conseguenze, anche gravi o gravissime, del rifiuto al trattamento in relazione all'attuale condizione clinica.

Dichiaro di aver letto il presente documento e l'informativa allegata, di aver ben compreso il suo contenuto, di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti a dubbi e alle eventuali domande poste.

Consapevole di quanto sopra riportato:

**Acconsento**

**Non Acconsento**

**al trattamento proposto**

Luogo: \_\_\_\_\_, Data

Il paziente / avente titolo

Il medico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NB: in caso di trattamenti trasfusionali ripetuti, in assenza di specifica revoca, tale consenso rimane valido per il tempo di permanenza e trattamento della malattia presso il Pronto Soccorso**

PAG 2 DI 2



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
LATINA

U.O.C. Pronto Soccorso e O.B.I. DEA II – Latina  
U.O.C. Pronto Soccorso, O.B.I. e M.E.U. DEA I – Formia  
Pronto Soccorso Terracina  
Pronto Soccorso Fondi

REGIONE  
LAZIO

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

Data/Ora di Ammissione:  
Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:  
n° braccialetto:

## Cartella Clinica di Pronto Soccorso

### **RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO**

Al Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica Richiesta di esame necroscopico per :

Paziente:

Sesso:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

reparto di degenza \_\_\_\_\_

deceduto il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del Medico richiedente: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico: \_\_\_\_\_