

ALLEGATI

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:

TRIAGE

Priorità:

Prob. Principale:

Data/ora:

Modalità di Arrivo:

Operatore:

Inviato da:

Unità:

Note:

CIRCOSTANZE DELL'ACCADUTO RIFERITE DALL'INFORTUNATO

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:

Data/Ora di Chiusura:

Codice Accesso:

n° braccialetto :

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							
MATR OPERATORE							

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

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 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:

Codice Accesso:

Data/Ora di Chiusura:

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:	

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:

Sesso:

Codice Fiscale: Codice Fiscale:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

ASL:

MMG/PLS:Pazien

te:

Tel.Cellulare:

Regione:Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

Data di nascita:

PROFILO BASE ☐

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]
ASPARTATO AMINOTRASFERASI (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 CARDIACO ☐

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]
ASPARTATO AMINOTRASFERASI (AST) (GOT) [S]
CREATININA [S]
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 AMINOTRASFERASI (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)

PROFILO CHIRURGICO ☐

COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
CREATININASI (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]
OPPIACEI [U]
ETANOLO [S]

PROFILO DROGHE D'ABUSO ☐

CATENA DI CUSTODIA

PROFILO TIROIDEO ☐

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

PROFILO PEDIATRICO ☐

ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) [S]
ASPARTATO AMINOTRASFERASI (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]

ALTRO _____

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)	
Azoto	
Creatinina	
Glucosio	
Calcio	
Proteine Totali	
Sodio	
Potassio	
Cloro	
ALT	
AST	
CPK	
LDH	
Mioglobina	
Troponina	
Colinesterasi Totale	
Curva	
Amilasi	
Lipasi	
Acido Urico	
Bilirubina Diretta	
Bilirubina Totale	
Colesterolo Totale	
Colesterolo HDL	
CK Massa	
Trigliceridi	
Ferro	
Fosfatasi Prostatica	
Fosfatasi Alcalina	
Fosforo	
yGT	
Litio	
Magnesio	
Albumina	
IgA, IgG, IgM	
α1 Glicop. Acida	
Aptoglobina	
C3- C4	
Ceruloplasmina	
PCR	
TAS	
Transferrina	

IMMUNOLOGIA (Prov gialla o verde)	
Omocisteina	
ANA	
AMA	
ASMA	
APCA	
n-DNA	
Anti-LKM	
ENA Screening	
ENA Pofile	
Ab Anti-Cardiolip	
ANCA	
AG Anti-Gliadina IgA/IgG	
EMA	
TGA	
Immunofissazione	
Protidogramma	
Catene K/Lambda	
TOXO Toxo IgG/IgM	
RUB Rosalia IgG/IgM	
CITO Citomegalovirus IgG/IgM	
HSV	
Monotest	
EBV	
Streptozyyme	
TPHA	
VDRL	
Waalser-Rose	
Weil-Felix	
Widal-Wright	
E. Coli o 157	
IgM Anti-Micoplasma	
Clamidia IgG/IgA	
Helicobacter Pylori	
HAV-IgG	
HAV-IgM	
HbsAG	
IGE TOT	
Citrullina	
Testosterone	
HGH-Somatotropica	

IMMUNOLOGIA (Prov gialla)	
HbeAg	
HbeAb	
HbcAb	
HbsAb	
HbcAb-M	
Anti Delta	
HCV-Ab	
HIV	
Vitamina B12	
Folati	
β2-Microglobulina	
Ferritina	
FT3	
FT4	
TSH	
Ab anti Tireoglobulina	
Ab anti-Perossidasi	
Recettori anti-TSH	
Tireoglobulina	
Calcitonina	
BHCG	
Cortisolo anti-merid.	
Cortisolo meridiano	
Cortisolo pomerid.	
Insulina	
Curva insulinemica	
Delta 4-Androst.	
DHEAS	
Estradiolo	
FSH	
TPHA Quant.	
LH	
VDRL Quant.	

FARMACI DOSAGGIO (Prov gialla)	
Acido Valproico	
Carbamazepina	
Ciclosporina (t. lilla)	
Digossina	
Fenitoina	
Fenobarbital	
FK 506 (t. lilla)	
Teofillina	
MARCATOTI TUMORALI (Prov gialla)	
AFP	
CEA	
FERRITINA	
CA 125	
CA 15-3	
CA 19-9	
PSA TOT	
PSA LIBERO	
TPA/TPS	
PROVETTA LILLA	
Hb Glicata	
Emocromo Citom	
Reticolociti	
Elettroforesi Hb	
Tipiz. Linfocitaria	
CD3 / CD4 / CD8	
G-6PDH	
Ammonio (ghiaccio)	
Renina Supin (ghiaccio)	
Renin Eretta (ghiaccio)	
ACTH	
Paratormone	

DROGHE (Prov. Urine)	
Amfetamine	
Benzodiazepine	
Cannabinoidi	
Cocaina	
Metadone	
Opiacei	
COAGULAZIONE (prov. Azzurra)	
PT	
PTT	
FIBRINOGENO	
DIDIMERO D	
ANTITROMBINA III	
CATENA DI CUSTODIA	

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



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 essere somministrati 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 mediante 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:

Codice Accesso:

Data/Ora di Chiusura:

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

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: _____