

DATI PAZIENTE											
NOME			COGNOME				SESSO	M	F	DATA DI NASCITA	
_____			_____							__/__/____	
N° C. CLINICA	REPARTO			TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO				REGIME INTERVENTO			
_____	_____			_____				ELEZ		APA	
								URG.		W. SURG.	
Richiesta unità di sangue	SI	NO	GRUPPO	RH	n° sacche	CDM	CDM	CDM	CDM		
Riferisce Allergie	SI	NO	Lattice, farmaci, alimenti, altro... Descrizione _____								
Profilassi Antibiotica	SI	NO	Farmaco _____								
Antiaggreganti	SI	NO	Farmaco _____								
Rimozione Protesi	SI	NO	Tipo Protesi _____								
Identificazione sito chirurgico	SI	NO	Accesso Venoso	SI	NO	Mini-Midline	SI	NO			
Consenso Informato chirurgico	SI	NO	Ago Cannula	SI	NO	CVC	SI	NO			
Consenso Informato anestesilogico	SI	NO	Midline	SI	NO	PICC	SI	NO			
PMK o Defibrillatore	SI	NO	Porth-a-Cath	SI	NO	Acc. Arterioso	SI	NO			
EKG	SI	NO	NOTE								
Rx Torace	SI	NO	_____								
Videat Cardiologico	SI	NO	_____								
Esami Ematici	SI	NO	_____								
Prove Funz. Respiratorie	SI	NO	_____								
Catetere Vescicale	SI	NO	_____								
Digiuno	SI	NO	_____								
Tricotomia	SI	NO	INFERMIERE				Data __/__/____				
Igiene Intestinale	SI	NO	Nome _____ Cognome _____								
Gioielli/Monili	SI	NO									
Pulizia e Igiene personale	SI	NO									
Smalto per unghie	SI	NO	Firma _____				N° matr. _____				