

**Wound Care-Team Aziendale
Unità di Gestione delle Lesioni Cutanee**

RICHIESTA CONSULENZA INFERMIERISTICA in WOUND CARE

U.O. _____ **OSPEDALE** _____

urgente non urgente

Nome _____ **Cognome** _____ **Letto** _____ **Età** _____

Diagnosi Infermieristica o Quesito Specifico:

Notizie Cliniche di Rilievo:

Allegati alla Presente richiesta:

-Scheda di Valutazione della Lesione Cutanea **si** **no**

-Altro: _____

Data _____

Firma e Timbro
