

PROCEDURA	ASL LATINA DIPARTIMENTO GOVERNANCE RETE OSPEDALIERA E AREA CRITICA	VERS. 1 05/12/2025	Pag. 1 di 33
------------------	---	-----------------------	-----------------

PROCEDURA IN CASO DI INTERRUZIONE O BLOCCO DEL SISTEMA GIPSE WEB

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
05.12.2025	Coordinatrice U.O.C. Pronto Soccorso OBI DEA II Latina Dott.ssa G. La Favia <i>F.TO</i> Coordinatrice U.O.C. Pronto Soccorso Medicina D'Urgenza DEA I Dott.ssa M.Chianese <i>F.TO</i> Ing. Marco Fiori U.O.C I.C.T., Sistemi Informativi centro servizi Telemedicina <i>F.TO</i>	Direttore dipartimento Governance rete ospedaliera e area critica Dott.P.Nucera <i>F.TO</i> Direttore U.O.C. Pronto Soccorso OBI DEA II Latina Dott.ssa R. Dal Piaz <i>F.TO</i> Direttore U.O.S.D Pronto Soccorso Terracina - Fondi Dott.ssa M.Iorio <i>F.TO</i>	 Direttore UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e qualità <i>Dott. Mario Mellacina</i>	2 anni

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X	X	X	X
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione	Riunioni	
	X	X	X	

Nome e cognome	U.O. di appartenenza	Ruolo professionale
Dott. F. Carocci	U.O.S.D Pronto Soccorso Terracina	Coordinatore
Dott. M. Aceto	U.O.S.D Pronto Soccorso Fondi	Coordinatore
Dott. A. Chivu	U.O.C. Pronto soccorso O.B.I. DEAII Latina	Infermiere
Dott.ssa R.Ciufo	U.O.C. Pronto Soccorso Medicina D'Urgenza DEA I	Infermiere

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

Sommario

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
2. OBIETTIVI.....	4
3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	5
4. MODALITÀ OPERATIVE: BLOCCO GIPSE WEB	5
4.1. REGISTRAZIONE DEGLI UTENTI ATTRAVERSO CARTELLA CARTACEA	6
4.2. RICHIESTA DI ESAME DI LABORATORIO	6
4.3. RICHIESTA ESAME RADIOGRAFICO E ECOGRAFICO	6
4.4. RICHIESTA DI ESAMI TAC	7
4.5. RICHIESTA DI CONSULENZA.....	7
4.6. DIMISSIONE	7
4.7. RIPRISTINO SISTEMA GIPSE WEB	7
5. MODALITA' OPERATIVE BLOCCO APPLICATIVI AZIENDALI	7
5.1. BLOCCO OPENLIS	8
5.2. BLOCCO RISPACS.....	8
6. MODALITA' OPERATIVA: BLOCCO ATTIVITA' DI RADIOLOGIA.....	8
7. MODALITA' OPERATIVA: BLOCCO ATTIVITA' DI EMODINAMICA	9
8. MODULISTICA	9
9. MATRICE DI RESPONSABILITÀ	10
10. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	10
11. ALLEGATI	11

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Sistema di Emergenze- Urgenze è organizzato su tutto il territorio italiano in una rete di servizi sanitari per rispondere alle necessità di pronto intervento e di soccorso da parte della popolazione.

Il sistema di Gestione Integrata dei Servizi di Pronto Emergenza, nota come GIPSE WEB è il sistema informativo per la gestione del Pronto Soccorso a livello regionale che garantisce un intervento tempestivo e coordinato in caso di situazioni critiche che richiedono assistenza medica immediata.

Il sistema GIPSE WEB è in vigore dal 05/2023 per la gestione delle emergenze sanitarie intra ed extra ospedaliero, è connesso al sistema ARES 118 e a tutte le Unità operative che utilizzano la piattaforma di gestione GIPSE 2.0.

La piattaforma GIPSE 2.0 è sviluppato in collaborazione con Dedalus attraverso i programmi ER4H, FirstAidWeb, People, Picasso, BI4H e Remboursement.

Dal punto di vista informatico, il gestionale di PS (GIPSE Web) risiede su server regionali gestiti direttamente dalla Regione Lazio. In condizioni di normale funzionamento, la disponibilità dell'applicativo è garantita sull'intera rete aziendale, pertanto nel caso di inagibilità di parte dei locali del Pronto Soccorso, la disponibilità dell'applicativo è garantita su qualunque postazione attiva della rete aziendale

2. OBIETTIVI

Il sistema GIPSE WEB può subire delle interruzioni di funzionamento o blocchi temporanei a livello di applicativo regionale e/o applicativo aziendale per aggiornamenti, per interruzione linea intranet o internet per cui si ricorre al repentino utilizzo degli strumenti cartacei per la registrazione dei pazienti e/ o invio richieste (esami diagnostici o di laboratorio, consulenze specialistiche).

A seconda della tipologia del blocco i DEA ed i PS provvederanno alla gestione degli accessi e delle successive richieste per il percorso clinico assistenziale seguendo le indicazioni di questa procedura.

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

GIPSE: Gestione Integrata dei Servizi di Pronto Emergenza

OPENLIS: APPLICATIVO AZIENDALE “LABORATORIO ANALISI”

RISPACS: APPLICATIVO AZIENDALE “DIAGNOSTICA PER IMMAGINI”

ADT: APPLICATIVO AZIENDALE “GESTIONE RICOVERI”

PS: PRONTO SOCCORSO

DEA: DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE

4. MODALITÀ OPERATIVE: BLOCCO GIPSE WEB

Al verificarsi del blocco del GIPSE (programmato o improvviso) il personale del Ps di ogni DEA I e II, provvede alla gestione degli accessi e delle successive richieste per il percorso clinico assistenziale avvalendosi della modulistica (in formato cartaceo) e delle modalità di comunicazione verso le unità operative come riportato nella procedura.

Viene immediatamente data comunicazione a tutto il personale del PS -DEA I o DEA II, attraverso l’invio di email ai corrispettivi Ps di competenza (ps.latina@ausl.latina.it, info.psformia@ausl.latina.it, ps.fondi@ausl.latina.it, ps.terracina@ausl.latina.it).

Tale sistema può subire delle interruzioni di funzionamento o blocchi temporanei a livello di applicativo regionale e/o di applicativo aziendale (es: per aggiornamenti) o interruzione della linea intranet o internet per cui si ricorre al repentino utilizzo degli strumenti cartacei per la registrazione dei pazienti e/ o per l’invio di richieste /consulenze/esami diagnostici o di laboratorio.

In caso di **BLOCCO REGIONALE del GIPSE Web**, previa verifica della connettività di rete, si procede alla comunicazione di richiesta assistenza via mail, ai seguenti indirizzi:

- s poc-csp@laziocrea.it,
- infogipse@regione.lazio.it
- gipseweb@laziocrea.it

o contattando il n° 051/7098291.

In caso di “BLOCCO AZIENDALE TOTALE” la procedura corrisponde a quella per il “BLOCCO GIPSE Web REGIONALE”.

Di seguito si riportano in maniera dettagliata le procedure adottate:

4.1. REGISTRAZIONE DEGLI UTENTI ATTRAVERSO CARTELLA CARTACEA (allegato 1)

Il triagista registra l’utente inserendo OBBLIGATORIAMENTE:

- dati anagrafici;
- **codice fiscale**;
- recapiti telefonici;
- numero di braccialetto (da apporre sul format in alto a dx sotto la dicitura : “CODICE ACCESSO”).

Dopo aver registrato l’utente, attribuendo il codice di priorità, il paziente viene accompagnato verso la postazione dedicata (in caso di paziente autonomo viene indicata la sala d’attesa o la sala visita in cui accedere).

La cartella cartacea segue il paziente e viene successivamente compilata dal Medico nello svolgimento dell’assistenza al paziente.

Tutte le richieste di esami strumentali, di laboratorio e le eventuali richieste di consulenze specialistiche verranno richieste utilizzando i moduli cartacei (allegati alla procedura).

La consegna e il ritiro della modulistica per le UOC /Servizi di consulenza e diagnostici, è a carico del personale dei trasporti interni.

4.2. RICHIESTA DI ESAME DI LABORATORIO

Il medico richiede la tipologia di “profilo” opportuno; l’infermiere provvede, dopo l’esecuzione del prelievo a scrivere materialmente sulle provette i dati identificativi del paziente (nome- cognome- data di nascita), il reparto, la data del prelievo. I campioni verranno inviati al laboratorio che provvederà alla stampa del referto in modalità cartacea, deposti nell’apposita “cassetta” dedicata al ritiro da parte delle singole UO.

4.3. RICHIESTA ESAME RADIOGRAFICO E ECOGRAFICO

Il medico prescrive sul modulo la tipologia di esame da eseguire, compilandolo in tutte le sue parti con i dati anagrafici del paziente e il **codice fiscale**.

Il radiologo dopo la refertazione provvederà alla stampa del referto in modalità cartacea, lasciandoli in un'apposita cassetta dedicata al ritiro da parte delle singole UO.

4.4. RICHIESTA DI ESAMI TAC

Il medico prescrive sul modulo la tipologia di esame da eseguire, compilandolo in tutte le sue parti con i dati anagrafici del paziente e il **codice fiscale**.

Il radiologo dopo la refertazione provvederà alla stampa del referto in modalità cartacea, lasciandoli in un'apposita cassetta dedicata al ritiro da parte delle singole UO.

4.5. RICHIESTA DI CONSULENZA

Il medico prescrive sul modulo dedicato la tipologia di consulenza da effettuare, contatta lo specialista che nel momento dell'avvenuta consulenza provvederà alla refertazione cartacea.

4.6. DIMISSIONE

Al momento della dimissione e/o ricovero, verrà rilasciata copia della documentazione cartacea.

4.7. RIPRISTINO SISTEMA GIPSE WEB

Al ripristino del SISTEMA GIPSE web, i pazienti verranno “triagiati” ex novo sul portale scrivendo nella sezione **“note”** la seguente dicitura:

“CAUSA BLOCCO SISTEMA INFORMATICO GIPSE WEB, SI REGISTRA IL PAZIENTE AL RIPRISTINO DEL SISTEMA. VEDI MATERIALE CARTACEO ALLEGATO AL VERBALE”.

Prima della chiusura della cartella il medico specificherà in **anamnesi**:

“CAUSA BLOCCO SISTEMA VEDI REFERTI CARTACEI ALLEGATI”

5. MODALITA’ OPERATIVE BLOCCO APPLICATIVI AZIENDALI

Se il Sistema GIPSE funziona correttamente, ma non dovessero funzionare gli applicativi aziendali quali quelli di LABORATORIO (OPENLIS) o di RADIOLOGIA (RISPACS) si procederà nelle seguenti modalità:

- contattare la segreteria della **UOC FLUSSI INFORMATIVI** ai seguenti numeri per la Azienda USL Latina – UOC Rischio Clinico - Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori Pal. G2 – V.le Pier Luigi Nervi, snc – 04100 Latina Partita IVA 01684950593 – Sito Internet: www.ausl.latina.it mail: rischioclinico@ausl.latina.it

comunicazione e/o risoluzione della problematica:

IN ORARIO DIURNO (08:00- 16:00):

- 07736553223
- 07736553225
- 07736553226

OPPURE AL NUMERO ASSISTENZA H 24

800101106 DIGITANDO IL PROPRIO CODICE CLIENTE (identificativo per struttura).

5.1. BLOCCO OPENLIS

Il medico richiede la tipologia di “profilo” opportuno; l’infermiere provvede, dopo l’esecuzione del prelievo a scrivere materialmente sulle provette i dati identificativi del paziente (nome- cognome- data di nascita), il reparto, la data del prelievo. I campioni verranno inviati al laboratorio che provvederà alla stampa del referto in modalità cartacea, depositi nell’apposita “cassetta” dedicata al ritiro da parte delle singole UO.

5.2. BLOCCO RISPACS

Il medico prescrive sul modulo dedicato (allegato 3/4), la tipologia di esame da eseguire, facendo attenzione di corredare la richiesta oltre che dai dati personali del paziente al suo codice fiscale.

Il radiologo dopo la refertazione provvederà alla stampa del referto in modalità cartacea, lasciandoli in un’apposita cassetta dedicata al ritiro da parte delle singole UO.

Nota: Prima della chiusura della cartella il medico specificherà in anamnesi:

“CAUSA BLOCCO SISTEMA AZIENDALI GUARDARE REFERTI CARTACEI”.

6. MODALITA’ OPERATIVA: BLOCCO ATTIVITA’ DI RADIOLOGIA

In caso di impossibilità dell’**esecuzione di esami** di indagini radiologiche (TAC, ECOGRAFIA, RX, RMN, la UOC Radiologia provvederà alla tempestiva comunicazione del disservizio o mancato servizio attraverso posta elettronica sia alla Direzione medica di Presidio che alla Centrale Operativa

ARES 118.

La Direzione di Presidio comunicherà l'interruzione alle altre UOC e UOS afferenti al servizio.

Si provvederà quindi per le proprie competenze, all'invio dei pazienti presso altre UOC aziendali per l'esecuzione strumentale dell'indagine.

Il paziente sarà inviato, tramite l'attivazione del servizio di trasporto aziendale UCTO (*vedi* procedura aziendale “Back trasport”) presso altro presidio di riferimento e il radiologo refererà attraverso **TELEREFERTAZIONE**.

In seguito al ripristino delle attività la UOC, attraverso lo stesso procedimento, dovrà provvedere alla sua comunicazione.

7. MODALITA' OPERATIVA: BLOCCO ATTIVITA' DI EMODINAMICA

In caso di interruzione del servizio di EMODINAMICA, il dirigente responsabile provvederà alla tempestiva comunicazione attraverso posta elettronica sia alla Direzione medica di Presidio che alla Centrale Operativa ARES118.

La centrale operativa ARES 118, dopo la comunicazione, centralizzerà gli eventuali STEMI presso le altre strutture della rete aventi servizio di EMODINAMICA funzionante (*vedi* percorso STEMI).

In seguito al ripristino delle attività la UOC, il dirigente responsabile provvederà alla tempestiva comunicazione attraverso posta elettronica sia alla Direzione medica di Presidio che alla Centrale Operativa ARES118.

8. MODULISTICA

Il materiale cartaceo da utilizzare in sostituzione degli applicativi bloccati dovrà essere disponibile presente sul DESKTOP(in sezione drive) di ogni PC dei Pronto soccorso DEA II DEA I nella cartella dedicata “GIPSE” e riposti nell’armadio dedicato alla modulistica in uso nel reparto.

Di seguito l’elenco degli allegati corrispondenti:

- Cartella cartacea di Pronto soccorso
- Richiesta di esame di laboratorio
- Richiesta esame radiografico e ecografico
- Richiesta di esami tac
- Richiesta di consulenza

9. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ					
	Medico di Radiologia / Laboratorio/ consulente	Medico di PS	Infermiere di medicheria	Infermiere Triagista	UOC Flussi informativi
BLOCCO REGIONALE	C	I	I	I	I
CARTELLA DI PS	I	R	R	R	I
RICHIESTA DI ESAMI DIAGNOSTICI / LABORATORIO	C	C	C	R	C
REFERTAZIONE E STAMPA REFERTO	I	I	C	C	R
RICHIESTA DI CONSULENZA	I	C	C	R	R
CHIUSURA CARTELLA DI PS	I	C	C	R	I

R: RESPONSABILE

C: COINVOLTO

I: INFORMATO

10. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- a) Direttore Sanitario Aziendale
- b) Direttore Dipartimento della GOVERNANCE della RETE OSPEDALIERA e AREA CRITICA
- c) Direttore Dipartimento dei Servizi
- d) Direttori Dipartimento Area Chirurgica DEA II- DEA I
- e) Direttori Dipartimento Area Medica DEA II- DEAI
- f) Direttori U.U. O.O.C.C. PS DEA II DEAI. , U.O.S.D. PS Terracina Fondi
- g) Direttore UOC Innovazione Sviluppo e Organizzazione
- h) Direttore UOC I.C.T., Sistemi Informativi centro servizi Telemedicina
- i) Direttore UOC Rischio clinico

11. 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'infotunato

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							
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:

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



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINAU.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 – FormiaPronto Soccorso Terracina
Pronto Soccorso FondiREGIONE
LAZIOData/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:

in/a:
 Tel.Cellulare:
 Regione: Tel.Cellulare:

Sesso: Codice Fiscale: Codice Fiscale:

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]
 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 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]
 CREATINCHINASI (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	Acido Valproico	Amfetamine
Creatinina	ANA	HbeAb	Carbamazepina	Benzodiazepine
Glucosio	AMA	HbcAb	Ciclosporina (t. lilla)	Cannabinoidi
Calcio	ASMA	HbsAb	Digossina	Cocaina
Proteine Totali	APCA	HbcAb-M	Fenitoina	Metadone
Sodio	n-DNA	Anti Delta	Fenobarbital	Opiacei
Potassio	Anti-LKM	HCV-Ab	FK 506 (t. lilla)	COAGULAZIONE (prov. Azzurra)
Cloro	ENA Screening	HIV	Teofillina	PT
ALT	ENA Pofile	Vitamina B12	MARCATORI TUMORALI (Prov gialla)	PTT
AST	Ab Anti-Cardiolip	Folati	AFP	FIBRINOGENO
CPK	ANCA	β2-Microglobulina	CEA	DIDIMERO D
LDH	AG Anti-Gliadina IgA/IgG	Ferritina	FERRITINA	ANTITROMBINA III
Mioglobina	EMA	FT3	CA 125	CATENA DI CUSTODIA
Troponina	TGA	FT4	CA 15-3	
Colinesterasi Totale	Immunofissazione	TSH	CA 19-9	
Curva	Protidogramma	Ab anti Tireoglobulina	PSA TOT	
Amilasi	Catene K/Lambda	Ab anti-Perossidasi	PSA LIBERO	
Lipasi	TOXO Toxo IgG/IgM	Recessori anti-TSH	TPA/TPS	
Acido Urico	RUB Rosalia IgG/IgM	Tireoglobulina	PROVETTA LILLA	
Bilirubina Diretta	CITO Citomegalovirus IgG/IgM	Calcitonina	Hb Glicata	
Bilirubina Totale	HSV	BHCG	Emocromo Citom	
Colesterolo Totale	Monotest	Cortisol anti-merid.	Reticolociti	
Colesterolo HDL	EBV	Cortisol meridiano	Elettroforesi Hb	
CK Massa	Streptozyme	Cortisol pomerid.	Tipiz. Linfocitaria	
Trigliceridi	TPHA	Insulina	CD3 / CD4 / CD8	
Ferro	VDRL	Curva insulinemica	G-6PDH	
Fosfatasi Prostatica	Waaler-Rose	Delta 4-Androst.	Ammonio (ghiaccio)	
Fosfatasi Alcalina	Weil-Felix	DHEAS	Renina Supin (ghiaccio)	
Fosforo	Widal-Wright	Estradiolo	Renin Eretta (ghiaccio)	
yGT	E. Coli o 157	FSH	ACTH	
Litio	IgM Anti-Micoplasma	TPHA Quant.	Paratormone	
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

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



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



Data/Ora di Chiusura:

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/Ura PAG 1 DI 2

n° braccialetto:

CARTA INFORMATIVA ALLA PAZIENTE SULLA 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

Data/Ora di chiusura:

Paziente:

Data di nascita:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

ASL: MMG/PLS:

Sesso:

n° braccialetto:

Codice Fiscale:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

Regione:

Cartella Clinica di Pronto Soccorso

RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO

Data/Ura di Al Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica Richiesta di esame necroscopico per braccialetto:

Cartella Clinica di Pronto Soccorso

Paziente:

Data di nascita:

in/a:

Residenza:

Domicilio:

Tel.Abitazione:

Tel.Cellulare:

Tel.Ufficio:

ASL: MMG/PLS:

Regione:

Sesso:

Codice Fiscale:

reparto di degenza _____

deceduto il _____ / _____ / _____ alle ore _____ : _____

Luogo: _____, Data _____

Nome e cognome del Medico richiedente: _____

Firma e timbro del Medico: _____