

ALLEGATO F

**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**

\_\_\_\_\_