

**NOME**

\_\_\_\_\_

**COGNOME**

\_\_\_\_\_

**N. CARTELLA**

\_\_\_\_\_

**1° Accesso**

Assistito/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

MMG \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Diagnosi medica

---

---

---

Diagnosi Infermieristica

---

---

---

Altre Patologie

---

---

---

Allergie

---

---

---

Farmaci Assunti

---

---

---

Piano di assistenza infermieristica

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

L'infermiere/a

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Dichiara di aver ricevuto nel corso di un colloquio con l'infermiera/e

\_\_\_\_\_

tutte le informazioni riguardanti il servizio e le modalità con cui viene regolato l'accesso alle cure e dichiara di accettarle.

Consapevole perché adeguatamente informato, che ogni atto infermieristico può comportare dei rischi generici, dichiara di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona il seguente trattamento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, ai sensi del D.lg.vo n.196/2003, esprime il proprio consenso affinché i dati contenuti nella presente dichiarazione formino oggetto di comunicazione a terzi, al fine di provvedere all' adempimento di obblighi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

Accesso n° \_\_\_\_\_

Diagnosi medica

---

---

---

Diagnosi Infermieristica

---

---

---

Altre Patologie

---

---

---

Allergie

---

---

---

Farmaci Assunti

---

---

---

Piano di assistenza infermieristica

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

L'infermiere/a

\_\_\_\_\_



**SCHEMA INVIO PAZIENTE**

Da compilarsi a cura del medico prescrittore

ALL' AMBULATORIO INFERMIERISTICO  
DI: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Necessita della seguente prestazione :**

- Rilevazione parametri vitali ( \_\_\_\_\_ )
- Somministrazione terapia sottocutanea
- Somministrazione terapia intradermica
- Somministrazione terapia intramuscolo
- Medicazioni
- Bendaggi semplici
- Rimozione punti di sutura
- Cateterismo vescicale
- Stoma Care

Farmaco da somministrare e posologia:

\_\_\_\_\_

Farmaco da somministrare e posologia:

\_\_\_\_\_

Note:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott./ssa \_\_\_\_\_ si rende disponibile al numero \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_