

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 _____

Firma Infermiere

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

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

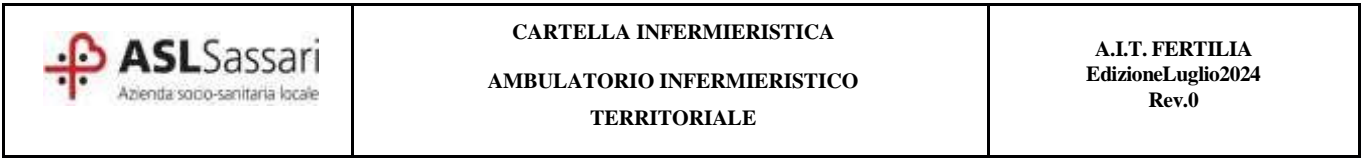
Allergie

Farmaci Assunti

Piano di assistenza infermieristica

Data _____

L'infermiere



A.I.T. FERTILIA
EdizioneLuglio2024
Rev.0



CARTELLA INFERMIERISTICA

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

TERRITORIALE

A.I.T. FERTILIA
Edizione Luglio 2024
Rev.0

[illegible]

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
- ☐ Wound Care
- ☐ 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
