

PRESIDIO OSPEDALIERO _____

CARTELLA CLINICA N. _____	GRUPPO E FATTORE RH _____
---------------------------	---------------------------

U.O. _____ _____ Letto N. _____

Inferm _____

nat _____ il _____ a _____

residente a _____

_____ Tel. _____

Stato civile _____ Professione _____

Coniuge _____ Professione _____

Data e ora del ricovero _____

Data e ora di dimissione _____

Diagnosi di dimissione _____

Terapia: CHIRURGICA MEDICA ALTRE PARTO RIANIMAZIONE

Tipo di intervento _____

Trasferimenti { in altre divisioni dell'ospedale _____
in altro ospedale _____

Esito { Guarigione Miglioramento Nessun miglioramento Decesso
Data e ora _____

Il minore viene dimesso e affidato a _____

Esco di mia volontà, contro il parere dei sanitari informato dei pericoli ai quali mi espongo.

IL DIRETTORE U.O.C. _____	IL DIRETTORE SANITARIO _____
------------------------------	---------------------------------

Diagnosi d'ingresso _____

Ricovero per urgenze Necessità Pronto Soccorso

AUTORIZZAZIONI SPECIFICHE

Il paziente viene edotto sulla $\frac{\text{opportunità}}{\text{necessità}}$ e sui rischi $\frac{\text{generici}}{\text{maggiorati}}$ inerenti a:

- Esami contrastografici _____
- Manovre diagnostiche speciali _____
- Intervento chirurgico _____
- procedimenti anestesilogici _____
e pratiche rianimative _____
- _____ _____

cui deve essere sottoposto

Firma accettando il rischio $\frac{\text{generico}}{\text{maggiorato}}$ _____

Firma (in caso di minore) del padre o di chi ne fa le veci _____

Denunce di legge _____

Referto N. _____ prognosi _____

Vaccinazione antitetanica $\frac{\text{completa}}{\text{incompleta}}$

Sieroprofilassi antitetanica _____