

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARA N. 3
"ALTO FRIULI - COLLINARE - MEDIO FRIULI"

CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato provinciale di Udine
Centrale Operativa EMER.TI
Tel. 0432-531531 Fax 0432-235125

Ospedale/Distretto di

Data del servizio

INDICAZIONI DEL PAZIENTE

Nome..... Cognome.....

Data e luogo di nascita Codice Fiscale.....

Indicazioni paziente

.....

Peso..... (kg)

Tipo di servizio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ricovero | <input type="checkbox"/> Consulenza |
| <input type="checkbox"/> Dimissione | <input type="checkbox"/> Consulenza + ritorno |
| <input type="checkbox"/> Trasferimento | <input type="checkbox"/> Materiale sanitario |

Locomozione

- | |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seduto |
| <input type="checkbox"/> Barellato |
| <input type="checkbox"/> Cammina |

Accompagnamento

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medico ASS 3 | <input type="checkbox"/> Medico CRI |
| <input type="checkbox"/> I.P. ASS 3 | <input type="checkbox"/> I.P. CRI |

LUOGO DI INTERVENTO

O.C./P.L.U. Reparto

Tel.

Domicilio

Partenza ore

LUOGO DI DESTINAZIONE

O.C./P.L.U. **REPARTO**

Prestazione: (visita, tipo prestazione, ...).....

Tel.

Domicilio.....

Arrivo ore

<i>Parte riservata alla C.R.I.</i>			
<u>VEICOLO</u>	<input type="checkbox"/> Tipo A	<input type="checkbox"/> Tipo B	<input type="checkbox"/> Automedica

Note

.....

.....

IL RESPONSABILE ASS 3

IL MEDICO CURANTE

.....

.....