

Ambulatorio AFT della Medicina Generale

REFERTO AMBULATORIALE

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: F ☐ M ☐

Data nascita: _____ Comune di nascita: _____ C.F. _____

Comune di residenza: _____ via e n° _____

Causale di accesso: _____ Tel. _____

Infortunio avvenuto il _____ alle ore _____ in località: _____

Professione _____ datore di lavoro: _____

Note anamnestiche/Esame obiettivo: _____

Diagnosi: _____

Accertamenti richiesti: _____

Terapia consigliata: _____

Prestazioni erogate: _____

ESITO FINALE: Dimissione a domicilio ☐ Inviato da AFT verso PS con 118 ☐ Inviato verso PS mezzo autonomo ☐

Il paziente ha rifiutato : _____

Prognosi: _____ giorni (s.c.) _____

Chiusura referto: data _____ Ora _____

-

Firma: _____