



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA  
DI SASSARI



U.O. \_\_\_\_\_

Direttore: \_\_\_\_\_

## CARTELLA CLINICA INTEGRATA

N. Cartella 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N. Letto \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ricovero \_\_\_\_\_

N. ADT \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_

Il Direttore \_\_\_\_\_

**Direzione Generale**  
Via M. Coppino, 26  
07100 SASSARI  
Tel 079 2830626  
Fax 079 2830637

**Direzione Medica di Presidio**  
Viale San Pietro, 82  
07100 SASSARI  
Tel. 079 229067  
Fax 079 229109

**Direzione Sanitaria**  
Via M. Coppino, 26  
07100 SASSARI  
Tel. 079 2830630  
Fax 079 2830637

## ANAGRAFICA

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

Nato a ..... Nato il ..... Sesso M  F

Cittadinanza ..... Residente a .....

In .....

Tel. .... Stato civile .....

Professione ..... Medico curante .....

.....

## RICOVERO

Diagnosi di accettazione .....

.....

.....

.....

Reparto di ammissione ..... Data ..... Ora .....

## REAZIONI AVVERSE A FARMACI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### G6PDH

Normale

Carente

Parzialmente carente

### Autosalasso

Data .....

Data .....

### Gruppo sanguigno

Etichetta centro trasfusionale

.....





## FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Per autorizzare il trattamento dei propri dati personali è necessario esprimere formale consenso con la presente dichiarazione, debitamente compilata e firmata.*

Il/La Sottoscritto/a .....  
presa visione della informativa, resa disponibile dall'Azienda **AOU di Sassari**, ai sensi dell'articolo 13 del Dlgs 196 del 30/06/2003, esprime di seguito le proprie decisioni in merito alla concessione all'Azienda AOU di Sassari del consenso al trattamento dei propri dati personali come da tabelle sotto indicate.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per fini strettamente necessari alle attività sanitarie, didattico-scientifiche, ed a quelle correlate all'oggetto della prestazione, ovvero con le finalità e le modalità indicate dall'Azienda AOU di Sassari nella "Informativa" di cui ho preso visione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO

Firma \_\_\_\_\_

Inoltre esprimo di seguito le mie decisioni in merito alla comunicazione dei miei dati personali a persone esterne a questa struttura.

### NON AUTORIZZO

il personale sanitario di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente

### AUTORIZZO

il personale sanitario di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura **ESCLUSIVAMENTE** alle seguenti persone.

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente

## CONSENSO INFORMATO ALLA GENERICA ROUTINE

Io sottoscritto/a .....  
in qualità di tutore di .....

### DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal Dott. ....  
in modo completo:

- a) Sulla possibilità di essere sottoposto, durante il ricovero a prelievi ematici di routine, di liquidi biologici, esami colturali, esami radiologici e/o ecografici, come avviene di solito in tutte le strutture ospedaliere.
- b) Se sarà necessario eseguire procedure invasive e/o esami contrastografici mi verrà richiesto un consenso specifico.

Premesso quanto sopra, avendo compreso chiaramente quanto esposto ed avendo ottenuto risposte esaurienti alle mie richieste di chiarimento, dopo adeguata riflessione:

#### RILASCIO DEL CONSENSO

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente/Tutore

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

#### RIFIUTO DEL CONSENSO

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente/Tutore

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

Data \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE E AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI E CON EMODERIVATI

Io sottoscritto (o tutore) .....  
nato a ..... Il .....  
residente a .....  
in via .....

### DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato sulle trasfusioni di sangue, emocomponenti ed emoderivati;
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott. ....  
sia in ordine alle mie condizioni cliniche che ai rischi connessi alla trasfusione;
- di sapere che la pratica trasfusionale non è completamente esente da rischi, inclusa la trasmissione di malattie infettive come l'epatite virale o il virus dell'immunodeficienza (AIDS);
- di aver compreso sia i rischi connessi alla trasfusione sia quelli che potrebbero derivarmi se non venisse fatta e quindi:

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto presso questa struttura a trasfusione di sangue omologo, di emocomponenti o emoderivati.  
Dichiaro inoltre di essere stato informato della possibilità di effettuare, quando indicata, l'autotrasfusione e, nel caso sia possibile:

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO ad essere sottoposto a tale pratica.

Data ..... Il Paziente ..... Il Medico .....

## CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO PER LA RICERCA DELL'HIV

Io sottoscritto (o tutore) .....

### DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato dal Dott. ....  
sulla necessità di essere sottoposto mediante prelievi ematici alla ricerca dei marcatori dell'HIV.
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato, e avendo ottenuto risposte esaurienti alle mie richieste di chiarimento, dopo adeguata riflessione, ai sensi della L. 135/90 art. 5 punto 3.

ACCONSENTO     NON ACCONSENTO

Data ..... Il Paziente ..... Il Medico .....

## ANAMNESI

### FISIOLOGICA

CONIUGATO/A  SI  NO N. FIGLI .....

SVILUPPO PSICO-FISICO NORMALE  SI  NO

SCOLARITÀ:  ANALFABETA  ELEMENTARI  MEDIE INF.  MEDIE SUP.  UNIVERSITÀ

OCCUPAZIONE: .....

ESPOSIZIONE A FATTORI NOCIVI  SI  NO

MENARCA ANNI ..... ULTIMA MESTRUAZIONE ..... MENOPAUSA ANNI .....

MESTRUI REGOLARI  SI  NO CONTRACCETTIVI  SI  NO QUALE .....

GRAVIDANZE N. .... DI CUI: A TERMINE ..... ABORTI ..... NATI MORTI ..... PREMATURI .....

DIETA: EQUILIBRATA  SI  NO CONSUMO ALCOLICO  SI  NO

FUMA  SI  NO TIPOLOGIA ..... QUANTO .....

EX FUMATORE  SI  NO

USA STUPEFACENTI TIPO ..... SOSPESO DA ANNI .....

SERVIZIO MILITARE  SI  NO SE NO, MOTIVAZIONE .....

ALVO:  NORMALE  STITICO  DIARROICO

PESO CORPOREO:  STAZIONARIO

IN AUMENTO (Peso Kg/Anni) .....  IN RIDUZIONE (Peso Kg/Anni) .....

DIURESI:  NORMALE  POLIURIA  OLIGURIA  NICTURIA

### ALBERO GENEALOGICO



# ANAMNESI

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for writing a patient history (anamnesis).

# ANAMNESI

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for handwritten notes or a patient history.

## ESAME OBIETTIVO

### GENERALE

ALTEZZA cm ..... PESO kg ..... COSTITUZIONE .....

ASPETTO SOFFERENTE  SI  NO DECUBITO INDIFFERENTE  SI  NO

NUTRIZIONE  NORM  +  - IDRATAZIONE  NORM  +  -

ESAMI DECLIVI  NORM  +  -

.....

.....

### NEUROLOGICO

SENSORIO INTEGRO  SI  +  - MOTILITÀ  NORM  NO

AGITAZIONE PSICOMOT.  NO  +  - SENSIBILITÀ  NORM  NO

FLAPPING  NO  +  - EQUILIBRIO E COORDINAZIONE  NORM  NO

.....

.....

### CUTE

ROSEA ..... PALLIDA ..... CIANOTICA ..... ITTERICA .....

TROFICA  SI  NO SUDORAZIONE  NORM  +  -

ESANTEMA  SI  NO ERITEMA  SI  NO ERITEMA PALMARE  SI  NO

ECCHIMOSI  SI  NO PETECCHIE  SI  NO

SPIDER NEVI  SI  NO STRIE  SI  NO TELEANGECTASIE  SI  NO ALTRO  SI  NO

PELI  SI  NO UNGHIE  SI  NO

.....

.....

### VARIE

APPARATO LINFOGHIANDOLE  NORM  NO REPERTI PATOLOGICI: .....

.....

CAPO E COLLO  NORM  NO ..... REPERTI PATOLOGICI: .....

BULBI OCULARI: SUBITTERO  SI  NO PER IL RESTO  NORM  NO REPERTI PATOLOGICI: .....

.....

ORECCHIO: UDITO  NORM  +  - PER IL RESTO  NORM  NO REPERTI PATOLOGICI: .....

.....

OROFARINGE: LINGUA  NORM  NO DENTATURA  NORM  NO .....

.....

MAMMELLE: TROFISMO  NORM  NO REPERTI PATOLOGICI: .....

.....

## ESAME OBIETTIVO

### APPARATO RESPIRATORIO

FORMA TORACE  NORM  NO  
SIMMETRIA  NORM  NO  
ESPANSIONE  NORM  NO  
PERCUSSIONE  NORM  NO  
MURMURE VESC.  NORM  NO  
RUMORI RESPIRATORI AGGIUNTI  NORM  NO

FREQUENZA RESPIRO ...../MIN.  
DISPNEA  SI  NO

### APPARATO CARDIOVASCOLARE

POLSO: FREQ.: ...../MIN. RITMICO  SI  NO

PRESSIONE ARTERIOSA ...../..... mm hg

IPOSGMIE  SI  NO SEDE .....

SOFFI VASCOLARI  SI  NO SEDE .....

VARICI ARTI INFERIORI  SI  NO

### ADDOME

NORMALE  GLOBOSO  INCAVATO  RETICOLI VENOSI SUPERFICIALI  SI  NO

ERNIE  SI  NO TRATTABILE  SI  NO

DOLORABILE  SI  NO DOVE .....

MASSE  SI  NO ASCITE  SI  NO

### FEGATO

MARGINE INFERIORE: PALPABILE  NON PALPABILE  NON VALUTABILE

CONSISTENZA:  NORMALE  +  - DOLENTE  SI  NO MURPHY:  POSITIVO  NEGATIVO

### MILZA

PALPABILE  NON PALPABILE  NON VALUTABILE

### APPARATO URO-GENITALE

BALLOTTAMENTO:  NORM  NO

GIORDANO  +  - A  DS  SN PUNTI URETERALI DOLENTI  SI  NO

SOFFI VASCOLARI  SI  NO

**ESAME OBIETTIVO SPECIALISTICO**

A large rectangular area containing numerous horizontal dotted lines, intended for writing answers during the exam.

## VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

STATO DI COSCIENZA  VIGILE  SOPOROSO  COMATOSO

ORIENTATO  DISORIENTATO:  spazio  tempo  altro

COMUNICAZIONE  BUONA  LINGUA PARLATA:  ITALIANO  ALTRO

COMPRESIONE:  SI  NO

ALTERATA DA  PATOLOGIA  STATO PSICOLOGICO  ALTRO

STATO EMOTIVO COLLABORANTE  SI  NO

ANSIOSO  AGGRESSIVO  DEPRESSO  SOFFERENTE  ALTRO

SENSORIO  PROBLEMI UDITIVI:  PROBLEMI VISIVI:

PROTESI .....  ALTRO .....

DOLORE  ASSENTE  PRESENTE INTENSITÀ 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEDE: ..... TIPO .....

IN TRATTAMENTO ANALGESICO CON: .....

SONNO  REGOLARE  IRREGOLARE  INSONNIA  RISVEGLIO PRECOCE

DIFFICOLTÀ AD ADDORMENTARSI

USO ABITUALE DI FARMACI: .....

ALTRO .....

IGIENE PERSONALE  ASSISTITA  NON ASSISTITA

CONDIZIONI IGIENICHE  BUONE  DISCRETE  SCARSE

CUTE/MUCOSE  NORMOCROMATICA  PALLIDA  CIANOTICA  ITTERICA  ARROSSATA

IDRATATA  DISIDRATATA  EDEMI .....

ASCITE

INTEGRA  LESIONI DA DECUBITO (VEDI GRIGLIA E INDICE DI BRADEN)

LESIONI: .....

MEDICAZIONI .....

<b>ULCERE DA PRESSIONE SEDE E GRADO</b>	SACRO <input type="checkbox"/> I° II° III° IV°	TROCANTERE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX I° II° III° IV°	TALLONE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX I° II° III° IV°	ALTRO ..... I° II° III° IV°
<b>LEGENDA STADIAZIONE</b>	I° ERITEMA CUTANEO	II° DISTRUZIONE DELL'EPIDERMIDE E/O DERMA	III° FERITA A TUTTO SPESSORE	IV° ESTESA DISTRUZIONE DEI TESSUTI FINO ALLA NECROSI

## VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

### CIRCOLO VENOSO E ARTERIOSO

- BUONO  PRESENZA CVC  SUCCLAVIA  FEMORALE  PORT A CATH  
 TUNNELLIZZATO  ALTRO

### ALIMENTAZIONE:

AUTONOMO:  SI  NO  DIGIUNO

- DIETA:  LIBERA  IPOIODICA  SEMLIQUIDA  LIQUIDA  LEGGERA  PERSONALIZZATA  
 INAPPETENZA  NAUSEA  VOMITO DIFFICOLTÀ ALLA DEGLUTIZIONE  SOLIDI  LIQUIDI  
 NE  SNG  PEG  NPT  CVC  CVP  
 ALTRO .....

### ELIMINAZIONE INTESTINALE

- ALVO REGOLARE  DIARREA  STIPSI  INCONTINENTE  USO ABITUALE DI LASSATIVI:  
 STOMIA TIPO: ..... SEDE: .....

AUTONOMO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA:  SI  NO

- ALTRO .....

### ELIMINAZIONE VESCICALE:

- NESSUN PROBLEMA  INCONTINENTE:  PANNO  UROCONTROL  
 CATETERE VESCICALE  A INTERMITTENZA  A PERMANENZA TIPO .....

ALTERAZIONI MINZIONI .....

POSIZ. IL ..... /ULTIMA SOSTITUZ.: .....

### RESPIRATORIO:

- EUPNEA  DISPNEA  A RIPOSO  DA SFORZO  
 OSSIGENO LT/MIN: .....  MASCHERA  OCCHIALINI  VENTIMASK  RESERVOIR  
 TOSSE  ESPETTORATO  
 TRACHEOSTOMIA  SI  NO CANNULA TRACHEALE  SI  NO  
AUTONOMO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA:  SI  NO

MOBILIZZAZIONE:  AUTONOMO  VEDI INDICE DI BARTHEL

LIMITAZIONI FISICHE/HANDICAP: .....

AUSILI .....

MOBILITÀ PRECEDENTE AL RICOVERO .....

NOTE: .....

### SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

VIVE SOLO  SUPPORTO FAMILIARE  CAREGIVER  ALTRO .....

Firma Operatore

### PROBLEMI ATTIVI

(Diagnosi certe di malattie in atto; sintomi soggettivi; segni obiettivi; condizioni patologiche; dati di laboratorio alterati; problemi sociali e psichiatrici; fattori di rischio; allergie)

Data	Problemi all'ingresso

Data	Problemi emersi durante il ricovero

### PROBLEMI NON ATTIVI (Malattie pregresse; interventi chirurgici; altro)

Data	Problemi all'ingresso



### PROBLEMI ATTIVI

(Diagnosi certe di malattie in atto; sintomi soggettivi; segni obiettivi; condizioni patologiche; dati di laboratorio alterati; problemi sociali e psichiatrici; fattori di rischio; allergie)

Data	Problemi all'ingresso

Data	Problemi emersi durante il ricovero

### PROBLEMI NON ATTIVI (Malattie pregresse; interventi chirurgici; altro)

Data	Problemi all'ingresso

## IPOTESI DIAGNOSTICHE E PROGRAMMAZIONE

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

## IPOTESI DIAGNOSTICHE E PROGRAMMAZIONE

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data

# DIARIO CLINICO MEDICO

Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**



Data

# DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

Data

# DIARIO CLINICO MEDICO



Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**

**DIARIO CLINICO MEDICO**

Data

Data

## DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

# DIARIO CLINICO MEDICO

Data

Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**

Data

**DIARIO CLINICO MEDICO**

Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**

Data

DIARIO CLINICO MEDICO





Data

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**



Data

# DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO



Data

**DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO**

**CONSULENZE SPECIALISTICHE**

CONSULENZA .....  URGENTE       IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSULENZA .....  URGENTE       IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**CONSULENZE SPECIALISTICHE**

CONSULENZA .....  URGENTE  IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CONSULENZA .....  URGENTE  IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**CONSULENZE SPECIALISTICHE**

CONSULENZA .....  URGENTE       IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSULENZA .....  URGENTE       IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CONSULENZE SPECIALISTICHE**

CONSULENZA .....  URGENTE  IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSULENZA .....  URGENTE  IN ELEZIONE

DATA ..... ORA ..... REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## DIMISSIONE VOLONTARIA CON PARERE MEDICO CONTRARIO

Il/La Paziente chiede di essere dimesso contro il parere dei Medici del reparto.

Viene informato sulla necessità di proseguire l'iter diagnostico terapeutico in regime di ricovero e sui rischi, potenzialmente gravi ed anche fatali, connessi alla dimissione volontaria.

Il paziente, nonostante tutte le informazioni fornite e il parere medico contrario, decide comunque di lasciare il reparto e si assume pienamente la responsabilità di questo atto.

Data ..... Il Paziente .....

Il sottoscritto Dott. ....  
premesse che le circostanze non sono tali da rendere necessaria l'attivazione di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (malattia infettiva e diffusa in fase attiva, patologia di natura psichiatrica non altrimenti trattabile etc.), tenuto conto della seguente diagnosi di ricovero

Esprime parere contrario alla richiesta del Sig. ....

Data ..... Il Medico .....

## CHECK LIST

CONTROLLO CARTELLA CLINICA	COMPILATO	N° ALLEGATI	NON PREVISTO
Dati anagrafici			
Anamnesi			
Es. obiettivo generale			
Es. obiettivo specifico			
Valutazione infermieristica iniziale			
Diario clinico			
Diario infermieristico			
Allegati diario infermieristico			
Scheda terapia			
Scheda parametri utili			
Terapia estemporanea			
Scheda gestione esami			
Consenso informato trattamento dati personali			
Consenso informato alla trasfusione di sangue/emoderivati			
Consenso informato al prelievo per la ricerca dell'HIV			
Consulenze specialistiche			
Consenso informato al trattamento medico			
Consenso informato all'intervento chirurgico			
Consenso informato anestesiologicalo			
Cartella anestesiologicala			
Referto intervento chirurgico			
Referti esami radiologici			
Referti esami cito-istologici			
Referti indagini strumentali			
Referti esami ematochimici			
Riscontro autoptico			
Lettera dimissione			
SDO			

Controllo eseguito il .....

Il Medico .....

L'infermiere .....





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA  
DI SASSARI



A.D. MDLXXI

U.O. \_\_\_\_\_

*Direttore:* \_\_\_\_\_

Data di chiusura .....

*Firma* .....

**Direzione Generale**

Via M. Coppino, 26  
07100 SASSARI  
Tel 079 2830626  
Fax 079 2830637

**Direzione Medica di Presidio**

Viale San Pietro, 82  
07100 SASSARI  
Tel. 079 229067  
Fax 079 229109

**Direzione Sanitaria**

Via M. Coppino, 26  
07100 SASSARI  
Tel. 079 2830630  
Fax 079 2830637