

# Cartella Infermieristica



Pag 1

Setting:  X

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Persone di riferimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Stato Civile:  Libero/a  Coniugato/a  Convivente  Vedovo/a

vive con:  famiglia  solo  casa di riposo  badante

MMG : \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_ Distretto di appartenenza: \_\_\_\_\_

Diagnosi medica di ricovero: \_\_\_\_\_

FARMACI	DOSE	ORA	ULTIMA ASSUNZIONE

Allergie:  Nega  Si / Specificare \_\_\_\_\_

Reazioni \_\_\_\_\_

Patologie/Interventi pregressi rilevanti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA

FIRMA