

ALLEGATO A

REGISTRO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

TURNO: Pre-festivo, Festivo, Notturmo del Giorno _____ Pag. N.

(Depennare lo voci che non interessano)

N.	MEDICI IN SERVIZIO	INIZIO TURNO ORE	FIRMA	FINE TURNO ORE	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					

PRESTAZIONE EFFETTUATA

N.	Ora Chiamata	Cognome e Nome chiamante (se diverso da paziente)	Relazione del chiamante con il Paz.	Nome paziente	Cognome paziente	Età paziente	Indirizzo paziente	Sintomatologia	Intervento* DOM/AMB/NESS	Intervento (Progr. N.)	Motivo mancato Intervento	nome e cognome del medico	firma medico
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

* Se intervento domiciliare o ambulatoriale, richiamare nella colonna successiva il progressivo del registro prestazioni -Se nessun intervento compilare la colonna motivando il mancato intervento