

RIEPILOGO DEL PAZIENTE

Nome del Paziente:	Data di Nascita:
Stanza/Letto:	Data di Ricovero:
Diagnosi Principale:	
Medico Curante:	Infermiere/a:

STORIA CLINICA

FARMACI ATTUALI

ALLERGIE

STATO DI RIANIMAZIONE

☐ Rianimazione Completa ☐ Non Rianimare ☐ Non Intubare ☐ Non Rianimare/Intubare ☐ Solo Comfort

DIRETTIVA ANTICIPATA / TESTAMENTO BIOLOGICO

☐ Si ☐ No Posizione:

Delegato Sanitario: Telefono:

DESIDERI ESPRESSI DEL PAZIENTE

REGISTRO GIORNALIERO

Data: _____ Medico Curante: _____ Infermiere/a: _____
Turno: ☐ Giorno ☐ Sera ☐ Notte

PIANO DEL GIORNO (secondo il team medico)

CAMBIAMENTI OGGI (farmaci, procedure, stato)

DOMANDE POSTE

Domanda: _____	Risposta ricevuta: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LE MIE OSSERVAZIONI

NON RISOLTO / FOLLOW-UP
