

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

SCHEDA CONTATTO TELEFONICO EMERGENZA COVID PZ ADP/ADI

Medico _____ codice regionale _____

DIARIO CLINICOPAZIENTE _____ domicilio _____
*Cognome e Nome Comune e indirizzo*PRESENZA DI CARE GIVER NO SI
grado di parentela/ruolo professionale cognome e nome recapito telefonico**CONDIZIONI GENERALI**ALIMENTAZIONE NORMALE ALTERATARITMO SONNO VEGLIA NORMALE ALTERATOALVO NORMALE ALTERATODIURESI NORMALE ALTERATA

PA FC SpO2

EDEMI DECLIVI NO SI Peggioramento degli edemi declivi NO SIADERENZA ALLA TERAPIA SI NOACCESSI IN PRONTO SOCCORSO/CONTINUITA' ASSISTENZIALE NO SI

.....

Data del contatto _____

Registrazione su ADIWEB SI