

TRIAGE INFERMIERISTICO

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO: _____

INDIRIZZO:
VIA _____ N° _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____

CITTADINANZA: _____ N° TELEFONO: _____

ANAMNESI INFERMIERISTICA: _____

ORA	PA	FC	SpO2	TC	DTX	NRS	ECG

CODICE DI URGENZA ASSEGNATO :

BIANCO VERDE 30' VERDE 60' GIALLO ROSSO

ATTRIBUTO ROSA

SALA ASSEGNATA :

MEDICA CHIRURGICA OSTET. E GINEC. PEDIATRIA
 FAST TRACK OTORINO FAST TRACK OCULISTICO

NOTE: _____

RIVALUTAZIONE:

ORA	PA	FC	SpO2	TC	DTX	NRS	COD COLORE	NOTE

NOTE AGGIUNTIVE: _____

SI ALLONTANA PRIMA DELLA VISITA MEDICA:

MOTIVAZIONE: _____

ORA: _____ **FIRMA:** _____

ORA ACCETTAZIONE: _____ **ORA VISITA:** _____

Data _____

Infermiere Triage _____