

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale
"Città di Torino"

CARTELLA CLINICA

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita / /

Luogo di residenza Prov.

Domicilio via

Telefono

.....

STRUTTURA

Data di ricovero

Data di dimissione

Diagnosi di dimissione

Esce contro il parere dei sanitari per volontà

del malato

Firma del Paziente

Per volontà dei parenti

Firma

ANAMNESI FAMILIARE E REMOTA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESAME OBIETTIVO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Torace:

Cuore:

Altri dati obiettivi:

.....