



Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento

Distretto di _____

SCHEDA D'ACCESSO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'assistito/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in via _____ n° _____

recapito telefonico _____ ..necessita la seguente prestazione:

Terapia iniettiva ed infusionale

iniezione intramuscolare

iniezione sottocutanea

iniezione endovenosa

infusione di farmaci

(escluso farmaci che per la somministrazione
è richiesta la presenza del medico)

Farmaco da somministrare _____

Posologia _____

Durata del trattamento _____

Farmaco da somministrare _____

Posologia _____

Durata del trattamento _____

Misurazione e monitoraggio della PA
Misurazione e monitoraggio della glicemia con prelievo capillare
Medicazioni ferite (non infette , infette , ulcere)
n. _____ frequenza _____
cateterismo vescicole
Medicazione ileo-colonstomia e cambio del sacchetto di raccolta
Medicazione cannula endotracheale
Medicazione catetere venoso centrale
rimozione punti di sutura ò sede anatomica _____

Istruzione ed educaz. autogestione stomie
Istruzione alla prevenzione lesioni cutanee
Istruzione all'autocontrollo della glicemia
Consulenza ed informazione in materia di
educazione alimentare

Altro _____

Altre indicazioni utili per il trattamento diagnostico ed eventuale allergie e/o patologie concomitanti

_____ ..

Il sottoscritto Dott. _____ si rende disponibile per eventuali necessità al numero
telefonico e/o cellulare _____

Data _____

Firma e timbro del medico inviante

Consenso e privacy

Il sottoscritto _____ dichiara che è stato informato sui trattamenti a cui sarà sottoposto e di
essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare da tali trattamenti che anche se attuati con perizia, prudenza e
diligenza, non sono ragionevolmente esenti da un certo margine di rischio .

Altresì dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge
ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati

data _____ .

Firma dell'utente

Spazio riservato all'Ambulatorio Infermieristico per accettazione e prenotazione della prestazione richiesta

Si comunica alla S.V. che la prestazione _____ richiesta viene prenotata come primo accesso per la data
___/___/___ alle ore ___:___ presso l'Amb. Infermieristico sito nel PTA o Poliambulatori di _____

Firma e timbro del responsabile
Ambulatorio Infermieristico