



Distretto Cagliari Area Vasta
U.O.C. Cure Primarie

DIARIO CLINICO

(da tenere presso la struttura che ospita il paziente)

DOTT. _____ COD. REG. _____

ASSISTITO

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

ANAMNESI (indicare i principali dati anamnestici)[illegible]

ESAME OBIETTIVO (prima visita)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Data della visita _____ ora _____

Data della visita _____ ora _____

Data della visita _____ ora _____

Data della visita _____ ora _____

Data della visita _____ ora _____

Data della visita _____ ora _____

ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI

REFERTI

Timbro e firma del medico