

# MODULO ATTIVAZIONE SERVIZIO ASSOCIAZIONE PALMA

MEDICO PROPONENTE.....

Tel. .... Cell. ....

## DATI DEL PAZIENTE

Nome..... Cognome.....Data di nascita.....

Via..... Comune.....

Telefono.....

Familiare di riferimento.....

### Motivo della richiesta

- Controllo parametri (P.A., F.C., Glicemia, SO2..)
- Terapia Intramuscolare ed Endovenosa
- Prelievo Ematico ( indicare giorno.....)
- Igiene
- Medicazioni
- Posizionamento e gestione C.V.
- Supporto alla Famiglia
- Educazione Sanitaria /Consulenza infermieristica
- Consulenza medico specialistica (Neurologo, Cardiologo, Chirurgo, Palliatore)

Data

Timbro/Firma

**Mail:** [segreteria@associazionepalma.org](mailto:segreteria@associazionepalma.org)

**Tel. 031/2753464 oppure 333/3513160**