

# 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, SO<sub>2</sub>.)
- Terapia Intramuscolare ed Endovenosa
- Prelievo Ematico (indicare giorno .....
- Medicazioni
- Posizionamento e gestione C.V.
- Supporto alla Famiglia
- Educazione Sanitaria /Consulenza infermieristica
- Consulenza medico specialistica (Neurologo, Cardiologo, Chirurgo, Palliatore)
- Supporto alla Famiglia
- Consulenza medico specialistica (Neurologo, Cardiologo, Chirurgo, Palliatore)
- Igiene
- Trasporto malati (indicare il giorno e ora della visita.....)

Data .....

Timbro/Firma

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

Tel. 031/2753464 oppure 333/3513160