

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA

SSD TERAPIA ANTALGICA e GESTIONE ACCESSI VENOSI CENTRALI

DIRETTORE DOTT. DARIO GIAIME

AMBULATORIO DI TERAPIA ANTALGICA

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

RECAPITI TELEFONICI: _____

PRIMA VISITA

PRIMO ACCESSO: _____

VISITA CONTROLLO.

SECONDO ACCESSO: _____

INTERVENTO: _____

NOTE: _____