

Servizio di Continuità Assistenziale sede di
Contatto telefonico

Sig/Sig.ra _____
residente in _____

nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____

MOTIVO DELLA CHIAMATA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Colloquio Psicologico |
| <input type="checkbox"/> Colica Epatica | <input type="checkbox"/> Colica Renale |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dispepsia |
| <input type="checkbox"/> Dolore Toracico | <input type="checkbox"/> Faringodinia |
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Insonnia |
| <input type="checkbox"/> Otaglia | <input type="checkbox"/> Rachialgia |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Decesso | <input type="checkbox"/> Altro |

ESITO DELLA CHIAMATA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visita Domiciliare | <input type="checkbox"/> Consiglio telefonico |
| <input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Invio in PS |
| <input type="checkbox"/> Invito a visita ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Contattato SUEM per PS |