

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |                                   |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
|  <b>Casa di Cura<br/>Città di Bra</b><br><br><i>Clinica Privata Accreditata</i> | Direzione Sanitaria<br><br><b>DICHIARAZIONE MEDICA DI EVENTO<br/>ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO</b> | <b>Mod. 0168</b>                  | <b>Pag. 1 di 1</b> |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                                      | Parola chiave: <i>dich Medico</i> |                    |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                                      | Rev. 00                           | del 09/05/2007     |

DATA: \_\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE CLINICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTIZIE RELATIVE ALLA FONTE DEL CONTAGIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESAMI DA RICHIEDERE AL PAZIENTE-FONTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESAMI RICHIESTI AL DIPENDENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROVVEDIMENTI CONSIGLIATI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NECESSITA' DI SOTTOPORRE IL DIPENDENTE ALLA PROFILASSI FARMACOLOGICA POST ESPOSIZIONE:

☐ SI ☐ NO

Il Medico \_\_\_\_\_