



**Ente di Terzo Settore  
OdV ProCiv Augustus Vibo Valentia ONLUS**

## **FOGLIO DI INTERVENTO SANITARIO**

**EFFETTUATO IN DATA** \_\_\_\_\_

**CON INIZIO ALLE ORE** \_\_\_\_\_

**TERMINATO ALLE ORE** \_\_\_\_\_

PRESSO \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. 96031650797  
Telefono: 3802870292 - Web fax 1782761740  
Email: [info@augustusvibovalentia.it](mailto:info@augustusvibovalentia.it)  
PEC: [augustusvibovalentia@pec.it](mailto:augustusvibovalentia@pec.it)  
Website: [www.augustusvibovalentia.it](http://www.augustusvibovalentia.it)  
Via Civinini snc – 89900 Vibo Valentia

Soccorritore \_\_\_\_\_

Nominativo medico (*se presente*) \_\_\_\_\_

## ANAGRAFICA PAZIENTE

TRIAGE			
I0 CODICE BIANCO	I1 CODICE VERDE	I2 CODICE GIALLO	I3 CODICE ROSSO
I4 CODICE NERO			
FIRMA MEDICO _____			

Nominativo \_\_\_\_\_ Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_  
|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|—|

## **ANALISI DEL PAZIENTE**

## SEgni e sintomi

---

TRATTAMENTO - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL PAZIENTE

- È stato trasportato presso il P.S. di \_\_\_\_\_
  - È stato trattato sul posto;
  - Ha rifiutato il trattamento;
  - Ha rifiutato il trasferimento presso il P.S.

RIFIUTO

TRATTAMENTO

Io sottoscritto

sopra anagraficamente

indicato, nel pieno delle mie facoltà mentali, edotto dei rischi cui posso andare incontro non accettando il trattamento di primo soccorso e contro la volontà del personale che è venuto in mio aiuto, con la sottoscrizione del presente documento confermo la mia volontà a rifiutare il trattamento sanitario.

### *Firma*

**RIFIUTO TRASPORTO PRESSO IL PRONTO SOCCORSO** Io sottoscritto \_\_\_\_\_ sopra anagraficamente indicato, nel pieno delle mie facoltà mentali, edotto dei rischi cui posso andare incontro non accettando il trasporto presso il più vicino Pronto Soccorso e contro la volontà del personale che è venuto in mio aiuto, con la sottoscrizione del presente documento confermo la mia volontà a rifiutare il trasporto presso il più vicino Pronto Soccorso.

*Firma*

**Firma Medico (se presente)**

Firma Soccorritore