

PAZIENTE TELEMONITORAGGIO

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

TELEFONO: _____

CARE GIVER: _____

MMG: _____

CITTA': _____

DISTRETTO: _____

ESENZIONE TICKET: _____

CLASSE NYHA _____

DATA				
PRESSIONE ARTERIOSA				
SATURAZIONE				
FREQUENZA CARDIACA				
DIURESIS				
ALVO				
PESO CORPOREO				
ECG				
EGA				

TERAPIA IN CORSO:

SINTOMATOLOGIA DEGNA DI NOTA

INFERMIERA