



PROCEDURA
"GESTIONE EFFETTI/OGGETTI PERSONALI DELL'UTENTE/PAZIENTE"

MODULO PER LA CUSTODIA /RICONSEGNA/TRASFERIMENTO
DEGLI EFFETTI/OGGETTI PERSONALI DELL'UTENTE/PAZIENTE

PRESA IN CARICO

P.O. _____ U.O./Servizio/ Ambulatorio _____ Data _____ ora _____

I sottoscritti:

1. Operatore sanitario esecutore dello "spoglio" _____
2. Operatore sanitario presente durante lo "spoglio" _____

- Paziente lucido e collaborante
 Paziente non collaborante o disorientato o in stato di incoscienza
 Paziente deceduto

Ricevono/Raccolgono dal Sig./Sig.ra _____

i seguenti effetti/oggetti personali (con descrizione):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Firma

RICONSEGNA

Il sottoscritto (Operatore Sanitario) _____ in data _____

riconsegna i suddetti effetti personali al Sig./Sig.ra _____

- Diretto Interessato

Acquisire copia del documento di identità del Paziente/Utente

- Soggetto delegato con Delega

Acquisire copia del documento di identità del Delegante e del Delegato

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

Firma Operatore Sanitario _____

Firma del paziente o di chi riceve gli effetti personali _____

TRASFERIMENTO

Data trasferimento _____ U.O./Servizio di Destinazione _____

Firma dell'Operatore che consegna gli effetti/oggetti del Paziente _____

Firma dell'Operatore che ritira gli oggetti del paziente _____