



rev 0.0 13 09 2022

**PRESA IN CUSTODIA**

U.O. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/i sottoscritto/i:

1. Infermiere/ostetrica/tecnico (esecutore/i dello "spoglio") \_\_\_\_\_;
2. Infermiere/ostetrica/tecnico (in caso di paziente incosciente) \_\_\_\_\_;

Riceve dal/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_, persona lucida e collaborante, che individua il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ come delegato al ritiro.

Firma paziente \_\_\_\_\_

Raccolgono dal/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

- Paziente non collaborante o disorientato
- Paziente deceduto

i seguenti effetti personali:

QUANTITÀ	DESCRIZIONE	QUANTITÀ	DESCRIZIONE

1) di cui viene prodotto plico che verrà custodito presso la U.O.;

2) riconsegnati direttamente congiunto/accompagnatore indicato sopra.

Firma 1° Operatore sanitario \_\_\_\_\_

Firma 2° Operatore sanitario \_\_\_\_\_



rev 0.0 13 09 2022

### CONSEGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ consegna al/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

gli effetti personali sopra elencati, in qualità di:

Legittimo proprietario,

Annotare estremi del documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_

Delegato dal paziente (come individuato nella sezione presa in custodia)

Allegare copia e annotare gli estremi del documento di riconoscimento del delegato

\_\_\_\_\_

Congiunto/erede

In caso di paziente incosciente/disorientato o deceduto allegare Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà.

Operatore sanitario della U.O. presso la quale il paziente viene trasferito

In caso di trasferimento indicare: Unità operativa accettante, Cognome e nome e numero di matricola dell'operatore sanitario a cui si consegnano i beni

\_\_\_\_\_

Firma di chi consegna \_\_\_\_\_

Firma del paziente o di chi riceve gli effetti personali \_\_\_\_\_