

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 _____