AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

Modulo registrazione dolore C-POT

rev. 0.0 2023

☐ **Rianimazione P.O. Umberto I** ☐ **Rianimazione P.O. Basilotta**

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita_____ **N° nosologico** _____

DATA	ORA	PUNTEGGIO	FIRMA (leggibile)	NOTE