

Codice Triage	Dati paziente e diagnosi	Esami/consulenze	Ora Rich.	Ora Arrivo referto	Esito
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> G	Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Diagnosi _____ ora _____				<input type="checkbox"/> Dimesso <input type="checkbox"/> Osservaz <input type="checkbox"/> Ricovero Data e ora _____