

Allegato 1

 A.S.L. VC <i>Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</i>	MODULO	Rifiuto braccialetto
		Pag1/1

Da conservare in cartella clinica

Struttura _____

Operatore che compila l'allegato _____

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Altro (specificare) _____

Dati relativi al paziente

Nome e Cognome paziente _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

Via _____ N. _____

Nonostante abbia spiegato al paziente/familiare/caregiver l'importanza dell'indossare il braccialetto ed i rischi potenziali a cui potrebbe essere esposto non indossandolo, avendo accertato che lo stesso abbia capito le informazioni fornite, il paziente rifiuta di indossare il braccialetto identificativo per i seguenti motivi

Data ____ / ____ / ____

Firma del paziente/familiare/caregiver _____

Firma dell'Operatore che ha ricevuto il rifiuto _____

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
G.Giordano-Risk Management-Febbraio 2018	G.Giordano-Risk Management-Febbraio 2018	G.Giordano-Risk Management-Febbraio 2018	G.Giordano-Risk Management-Febbraio 2018
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			