



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



AZIENDA SANITARIA LOCALE TO1



Indagine campionaria sugli esiti a distanza di 2 – 6 mesi e 1 anno in soggetti ≥ 65 anni che abbiano subito un infortunio domestico

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ESPOSTO A INCIDENTE DOMESTICO

Si segnala che in data _____ presso il Pronto Soccorso dell'Az. Ospedaliera C.T.O.-
C.R.F. – M. Adelaide si sono presentati i sigg. di seguito elencati per infortunio domestico:

Cognome	Nome	n. telefono	cellulare	Reparto di ricovero

I soggetti sono stati informati dell'indagine.

L'operatore di Pronto Soccorso

Trasmettere al n. di fax 011 5663175