

Direzione Sanitaria

**Dipartimento di IGIENE E Prevenzione SANITARIA**

**MODULO N.1**

**AL DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA A.T.S. INSUBRIA**

(tel. **0332/277111** – Pec: protocollo@pec.ats-insubria.it)

*Oggetto*: **segnalazione intossicazione o sospetta intossicazione da CO.**

Il sottoscritto Dr. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

qualifica (1) …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………..

segnala che il Sig. (generalità)………………………………………………………………….………………………………………………..

residente/domiciliato a …………………………………………………….………………………………………………………………………….

cellulare n. ………………………………………….. mail: ……………………………………………………………………………………………

 da me visitato presentava segni di intossicazione da CO

 al referto d’analisi presentava una concentrazione di carbossiemoglobina pari a (valore)

……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………

Note: ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Recapito telefonico del medico …………………………………….………………………………………………………………………………

Mail ………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

N.b.= Se fosse già stata inoltrata comunicazione telefonica specificare:

data………………… ora…………………funzionario ricevente………………………………………………………………………………….

Luogo e data, ………………………...…………………………………………………………………..

firma e timbro

 ………………………………………

(1) Medico di base - Medico ospedaliero (specificare)