

REFERTO VISITA DI SCREENING

NOME STRUTTURA OSPEDALIERA/AMBULATORIALE

INDIRIZZO	
TELEFONO	MAIL

IN DATA ODIERNA HO SOTTOPOSTO A SCREENING

IL PAZIENTE	
ETA'	

NELL'AMBITO DELLA GIORNATA NAZIONALE DELLA PREVENZIONE DEI DANNI DA RUMORE IN
ETA' SCOLASTICA

L'ESITO È STATO IL SEGUENTE



PASS

IL PAZIENTE NON NECESSITA
DI ULTERIORI APPRFONDIMENTI



FAIL

IL PAZIENTE NECESSITA
DI ULTERIORI APPRFONDIMENTI

APPROFONDIMENTI

Esame Audiometrico Tonale	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Impedenzometria	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Esame Audiometrico Vocale	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Visita ORL/Audiologica di Controllo per Visione Referti	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

NOTE
