



A.O.U. POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

RICHIESTA DI ACCESSO DI SPECIALIST

nei Blocchi operatori e aree sanitarie similari

IN URGENZA

Al Direttore Dipartimento _____ Al Direttore UO _____

Al Responsabile Blocco Operatorio _____ PO _____

Il / La sottoscritto / a _____

in qualità di Direttore/Dirigente medico UO _____

Coordinatore UO _____

Chiede l'accesso **IN URGENZA** al Blocco Operatorio od Area Similare (_____) PO _____

del Dott / Sig _____ della Ditta _____

per l'esecuzione di intervento _____

per il paziente _____ N°SDO/Cartella clinica _____

previsto utilizzo radiazioni si no prevista attività in ambiente sede di RMN si no

Data _____ Firma e timbro _____

Previo controllo della presenza del nominativo nell'elenco dei soggetti autorizzati e del rispetto delle misure di protezione individuale ai relativi fattori di esposizione e rischio

Si autorizza

Non si autorizza

Direttore del Dipartimento (firma e timbro) _____ Data _____

Direttore dell'U.O. (firma e timbro) _____ Data _____

Si allegano:

1. Richiesta prodotta all'Azienda fornitrice per la presenza di Specialist
2. Comunicazione del nominativo Specialist, individuato dall'Azienda fornitrice