



A.O.U. POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

SEGNALAZIONE CRITICITA SULL' ACCESSO DI SPECIALIST

Al Direttore Dipartimento _____

Al Direttore UO _____

Al Responsabile UO Farmacia _____

Al Responsabile SPP _____

Il / La sottoscritto / a _____

in qualità di Direttore/Dirigente medico UO _____

Coordinatore UO _____

Segnala la/e seguente/i criticità in ordine all'accesso ordinario o **IN URGENZA** al Blocco Operatorio od Area Similare (_____) PO _____

Dello Specialist Dott / Sig _____ della Ditta _____

per l'esecuzione di intervento _____

per il paziente _____ N°SDO/Cartella clinica _____

avvenuto in data _____

Descrizione criticità _____

Data _____ Firma e timbro _____