

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI _____
DISTRETTO DI _____

**Riepilogo delle Prestazioni Diagnostiche previste dalle linee guida del Progetto Obiettivo Cure Primarie
Pediatriche per l'appropriatezza prescrittiva – A.I.R. 2007 Calabria per i Pediatri di Libera Scelta.**

Dott. _____

Mese di _____

N°	Nominativo Paziente	Indirizzo	Data	Prestazione effettuata	Sospetto Diagnostico	Firma Paziente
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Timbro e Firma del Medico