



Centro SIDS-ALTE Regione Liguria
Centro di Alta Specialità
U.O.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso
Istituto G. Gaslini Genova
e-mail: antonellapalmieri@gaslini.org
Cell. 335 7413636 Fax 0103760603

MODULO DI RICHESTA CODICE SBLOCCO CARDIOMONITOR

Io sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

Medico Curante del/la piccolo/a _____ nato _____

richiedo di poter visionare i dati registrati nel cardiomonitor _____

codificato con codice _____ periodo di registrazione valutato dal _____ al

_____.

Motivo per cui il piccolo è giunto alla mia osservazione: _____

Motivo per cui richiedo la visione dei dati: _____

Mi impegno ad inviare al **Centro SIDS-ALTE Regione Liguria** la relazione dei dati presi in visione.
Non comunicherò ai genitori-familiari il codice di sblocco e provvederò a reimpostare il codice di blocco del cardiomonitor.

Data ____/____/____

Firma
