

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale

U.S.L. n. _____ Servizio di _____

REFERTO EMATOLOGICO

Si attesta che 1 Sig. _____ nat. _____ a
_____ il _____ residente a
_____ in Via _____
risulta affett. _____ da _____ considerata nella
Legge Regionale della Regione Autonoma Sardegna n.27 del 25/11/1983.

La malattia è stata diagnosticata in data _____ come da
certificazione diagnostica a parte.

Il trattamento è stato iniziato in data _____ ed è
tuttora in corso, per cui 1 paziente deve periodicamente presentarsi per la
effettuazione delle terapie o esami connessi allo specifico status morbosus
ed è stato interrotto in data _____ peraltro 1 paziente,
data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia
praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO