

ALLEGATO M

REGIONE	PROVINCIA	AZIENDA	SEDE
MEDICO	DATA	ORA D'INTERVENTO	
TIPO INTERVENTO: <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno			
LOCALITÀ:			

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

.....

.....

.....

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A.	F.C.	F.R.	T.C.	HGT
Cute: Normale <input type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Itterica <input type="checkbox"/> Cianotica <input type="checkbox"/> Altro				
Stato nutrizione e idratazione				
Diuresi				
Alvo				

SISTEMA NERVOSO	
Indenne	<input type="checkbox"/>
Coscienza obnubilata	<input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>
Stato di agitazione	<input type="checkbox"/>
Convulsioni	<input type="checkbox"/>
Romberg	<input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis	<input type="checkbox"/>
Deficit motorio	<input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo	<input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo	<input type="checkbox"/>

PUPILLE	Dx	Sx
Normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. fotomotori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nistagmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APP. RESPIRATORIO		
Indenne		<input type="checkbox"/>
Rumori		<input type="checkbox"/>
Rumori secchi		<input type="checkbox"/>
Enfisema sottocutaneo		<input type="checkbox"/>

APP. CARDIOCIRCOLATORIO	
Normale	<input type="checkbox"/>
Aritmia	<input type="checkbox"/>
Cianosi	<input type="checkbox"/>
Edemi	<input type="checkbox"/>
ADDOME	
Murphy	<input type="checkbox"/>
Blumberg	<input type="checkbox"/>
Rovsing	<input type="checkbox"/>
Giordano	Dx Sx
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>

ALTRO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data
Firma

TERAPIA

.....

.....

ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinviato/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/> Disposto ricovero <input type="checkbox"/> Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/>
L'INTERVENTO NON PRESENTA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/>

GENERALITÀ ASSISTITO

SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ETÀ	CODICE FISCALE
COGNOME E NOME	
RESIDENZA: Via	Città Provincia

FIRMA DELL'UTENTE

FIRMA DEL MEDICO