



## ALLEGATO M

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

### 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"/>	Illerica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro _____
Stato nutrizione ed 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 nucalis	<input type="checkbox"/>
Deficit motorio	<input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo	<input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo	<input type="checkbox"/>

<b>PUPILLE</b>	<b>Dx</b>	<b>Sx</b>
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		
<b>APP. RESPIRATORIO</b>		
Indenne	<input type="checkbox"/>	
Rumori	<input type="checkbox"/>	
Rumori secchi	<input type="checkbox"/>	
Enfisema sottocutaneo	<input type="checkbox"/>	

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

ALTRO \_\_\_\_\_

TERAPIA \_\_\_\_\_

### ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinvia/Riportato al domicilio  Disposto ricovero  Trasporto: Mezzo proprio  118

L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE

### GENERALITA' ASSISTITO

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

FIRMA DELL' UTENTE

FIRMA DEL MEDICO

