



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"/>	Itterica <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 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"/>
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

TERAPIA

ESITO INTERVENTO

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

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

