

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

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

ALTRO

TERAPIA

ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinvitato/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