

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	PUPILLE	Dx	Sx	APP. CARDIOCIRCOLATORIO
Indenne <input type="checkbox"/>	Normali <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>
Coscienza obnubilata <input type="checkbox"/>	Miosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia <input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza <input type="checkbox"/>	Midriasi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cianosi <input type="checkbox"/>
Stato di agitazione <input type="checkbox"/>	R. fotomotori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edemi <input type="checkbox"/>
Convulsioni <input type="checkbox"/>				ADDOME
Romberg <input type="checkbox"/>	Nistagmo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murphy <input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis <input type="checkbox"/>	APP. RESPIRATORIO			Blumberg <input type="checkbox"/>
Deficit motorio <input type="checkbox"/>	Indenne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rovsing <input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo <input type="checkbox"/>	Rumori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giordano <input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo <input type="checkbox"/>	Rumori secchi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ascite <input type="checkbox"/>
	Enfisema sottocutaneo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALTRO

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 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