



MEDICO DATA ORA D'INTERVENTO

TIPO INTERVENTO: Ambulatoriale Domiciliare Intervento in esterno

LOCALITÀ

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

N.

.....

.....

.....

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A. F.C. F.R. TC. HGT

CUTE: NORMALE PALLIDA ITTERICA CIANOTICA ALTRO

STATO NUTRIZIONE ED IDRATAZIONE DIURESIS ALVO

SISTEMA NERVOSO

INDENNE

COSCIENZA OBNUBILATA

PERDITA DI COSCIENZA

STATO DI AGITAZIONE

CONVULSIONI

ROMBERG

RIGOR NUCALIS

DEFICIT MOTORIO

DEFICIT SENSITIVO

DEVIAZIONE DELLO SGUARDO

PUPILLE

NORMALI DX SX

MIOSI DX SX

MIDRIASI DX SX

R. FOTOMOTORI DX SX

NISTAGMO DX SX

APP. RESPIRATORIO

INDENNE

RUMORI

RUMORI SECCHI

ENFISEMA SOTTOCUTANEO

APPARATO CIRCOLATORIO

NORMALE

ARITMIA

CIANOSI

EDEMI

ADDOME

MURPHY

BLUMBERG

ROVSING

GIORDANO DX SX

ASCITE

ALTRO

.....

TERAPIA

.....

.....

ESITO INTERVENTO

PAZIENTE: Rinvio/Mantenuto al domicilio Disposto Ricovero Trasporto: Mezzo proprio 118

L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE

GENERALITÀ ASSISTITO

SESSO M F ETÀ CODICE FISCALE

COGNOME E NOME:

RESIDENZA: Via Città Provincia

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO