

ALLEGATO M

REGIONE _____ PROVINCIA _____ AZIENDA _____ SEDE _____

MEDICO: _____

DATA: _____ - ORA INTERVENTO: _____

TIPO INTERVENTO Ambulatoriale Domiciliare Intervento in esterno

Localita': _____

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A. _____ F.C. _____ T.C. _____ HGT _____

Cute: Normale Pallida Iterica Cianotica Altro _____

Stato di nutrizione ed idratazione

Diuresi

Alvo

SISTEMA NERVOSO

Indenne

Coscienza obnubilata

Perdi di coscienza

Stato di Agitazione

Convulsioni

Romberg

Rigor nuchalis

Defici motorio

Defici Sensitivo

Deviazione dello sguardo

PUPILLE

Normali

Miosi

Midriasi

R. Fotomotori

Nistagmo

APP. RESPIRATORIO

Indenne

Rumori

Rumori secchi

Enfisema sottocutaneo

dx sx

APP. CARDIOVASCOLARE

Normale

Aritmia

Cianosi

Edemi

ADDOME

Murphy

Blumberg

Rosving

Giordano

Ascite

Dx Sx

ALTRO

TERAPIA

ESITI INTERVENTO

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

L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE

GENERALITA' ASSISTITO

SESSO _____ ETA' _____ CODICE FISCALE: _____

COGNOME E NOME: _____

RESIDENZA: Citta': _____ Provincia: (_____)

FIRMA DELL'UTENTE

Dr. _____

FIRMA DEL MEDICO