



A.S.L. CN1

MOD. M

Allegato 3

DISTRETTO	SEDE
MEDICO	DATA ORA D'INTERVENTO
TIPO INTERVENTO	Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno <input type="checkbox"/>
LOCALITÀ	

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A.	F.C.	F.R.	T.C.	H.G.T.
Cute: Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Itterica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro
Stato nutrizionale 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"/>
Enfisemia 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 <input type="checkbox"/> Sx <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"/>

GENERALITÀ ASSISTITO

Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Età	Codice Fiscale
Cognome e Nome	
Residenza: Via	Città Provincia

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

ORIGINALE PER L'AZIENDA



A.S.L. CN1

MOD. M

Allegato 3

DISTRETTO	SEDE
MEDICO	DATA ORA D'INTERVENTO
TIPO INTERVENTO	Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno <input type="checkbox"/>
LOCALITÀ	

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A.	F.C.	F.R.	T.C.	H.G.T.
Cute: Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Itterica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro
Stato nutrizionale 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"/>
Enfisemia 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 <input type="checkbox"/> Sx <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"/>

GENERALITÀ ASSISTITO

Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Età	Codice Fiscale
Cognome e Nome	
Residenza: Via	Città Provincia

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

ORIGINALE PER L'AZIENDA