

Alla **NOVA SALUS** s.r.l.

Fax 0863 - 936363

Tel. 0863 - 93131

Oggetto: relazione clinica n° _____ del _____

del _____ Sig. _____
(cognome) (nome)

nat. ____ a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) via _____ n. _____

tel. _____ attività lavorativa _____

stato civile _____ titolo di studio _____

CENNI SULL'ANAMNESI E SULL'ESAME OBIETTIVO:

1) Diagnosi di natura e sede della malattia: _____

2) Data d'inizio della malattia sopra indicata: _____ data intervento: _____

3) Condizioni generali:	{ buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/>	altezza: m. _____	5) Condizioni mentali:	{ integre <input type="checkbox"/> deteriorate <input type="checkbox"/>
		Peso: Kg. _____		

4) Stato di coscienza:	{ vigile <input type="checkbox"/> obnubilato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/>	6) Deficit neuropsicologici:	{ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	{ afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> aprassia <input type="checkbox"/>
------------------------	---	------------------------------	---	---

Collabora: SI NO

7) Torace:

a) apparato cardiovascolare (precisare i valori della P.A.): _____

b) apparato respiratorio: _____

8) Addome: _____

9) Condizioni motorie: _____

mantiene la stazione eretta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
mantiene la posizione seduta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
deambula	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
se operata: può iniziare subito il carico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

10) Continenza vescica SI NO
Continenza alvo SI NO

11) Trofismo cutaneo (indicare se vi sono piaghe da decubito, precisando, in caso affermativo, sede, estensione in cm. e profondità): _____

12) Precedenti condizioni morbose: _____

13) Concomitanti condizioni morbose: _____

14) Stati infettivi in atto: _____ In trattamento da: _____

15) Terapia in atto: _____

16) Eventuali ricoveri ospedalieri precedenti: _____

17) Luogo in cui si trova attualmente il paziente: _____

18) Data presunta di dimissione se ricoverato: _____

Il medico
(timbro, firma ed eventuale qualifica)

(Parte riservata alla "Nova Salus")

Osservazioni e proposte: _____

Parere: { favorevole
 { negativo
 { a visita

Motivazione dell'eventuale parere negativo: _____

Data _____

v. IL PRIMARIO