

**PROGETTO OBIETTIVO
VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEL MCA NEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE**

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL N° _____ LOCALITA' _____

TIPO DI INTERVENTO : AMBULATORIALE DOMICILIARE TERRITORIALE

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

COGNOME E NOME _____ SESSO M F ETA' _____

COD. FISCALE _____ RESIDENZA : _____

MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DOTT. _____

LOCALITA' _____

MOTIVI E CIRCOSTANZE : VISITA MEDICA PRESCRIZIONE FARMACI RIPETIZIONE PRESCRIZIONE FARMACI
 PRESCRIZIONE SU INDICAZIONE : SPECIALISTICA DIMISSIONE OSPEDALIERA

RELAZIONE MEDICA

PARAMETRI CLINICI RILEVATI

P.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ T.C. _____ HGT _____ SPO₂ _____ CUTE _____**APP. CARDIOVASCOLARE**
 TONI CARD. RITMICI SI NO
 POLSI PERIFERICI NORMOSF. SI NO
 EDEMI DECLIVI SI NO
APP. RESPIRATORIO
 MURMURE VESCICOLARE SI NO
 FVT NORMOTRASMESSO SI NO
 SIBILI SI NO
 RUMORI UMIDI SI NO
APP. GENITOURINARIO
 GIORDANO POSITIVO SI NO
 EMATURIA SI NO
 DISURIA SI NO
APP. ADDOMINALE
 BLUMBERG SI NO
 MURPHY SI NO
 MAC BURNEY SI NO
 ALVO REGOLARE SI NO
 PERISTALSI PRESENTE SI NO
SIST. NERVOSO E PSICHE
 PZ ORIENTATO SI NO
 PERDITA DI COSCIENZA SI NO
 DEFICIT MOTORIO SI NO
 DEFICIT SENSITIVO SI NO
 AGITAZIONE PSICOMOT. SI NO
ORGANI DI SENSO
 DISTURBI VISIVI SI NO
 DEFICIT UDITIVI SI NO
ALLERGIE
 SI NO
G6PD CARENZA
 SI NO

TERAPIA _____

ESITO INTERVENTO _____

 INTERVENTO CON CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE SI NO
 FIRMA DELL' UTENTE _____ FIRMA DEL MEDICO _____

DATA ___ / ___ / ___