

Cognome Nome _____ Data di Nascita ___/___/___ MMG (Nome e Cell) _____

RESIDENZA: Via _____ Comune _____ Età _____

CELLULARE _____ TAMPONE + ___/___/___

CLINICA + DAL ___/___/___

(!) ALLERGIE NOTE _____

GIORNATA CLINICA N° _____

Febbre	<input type="checkbox"/>	TAMPONE (da fare)	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	PAZIENTE POSITIVO	<input type="checkbox"/>
Faringodinia	<input type="checkbox"/>	Rivalutaz. Programmata	<input type="checkbox"/>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	Dispnea	<input type="checkbox"/>
Disgeusia	<input type="checkbox"/>	Desaturazione	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	Desaturazione al W.T	<input type="checkbox"/>

COMORBIDITA'

<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Dialisi
<input type="checkbox"/> Diabete mellito	<input type="checkbox"/> BPCO
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Ictus
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> Demenza
<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> Età >65
<input type="checkbox"/> IRC	<input type="checkbox"/> Fumo
	<input type="checkbox"/> Epatopatia
	<input type="checkbox"/> Obesità

ANAMNESI FARMACOLOGICA

Cortisone (tipo e mg) _____ Da quanti GG _____

Ossigeno (litri) _____ GG _____ Eparina (UI) _____ GG _____

Antibiotici (tipo e mg) _____ Da quanti GG _____

Altro _____

Terapia Croniche _____

Astenia

RESPIRATORIO

Indenne

Rum. Umidi

Rum. Secchi

Enfisema sc

CARDIOCIRC.

Normale

Aritmia

Cianosi

Edemi

PA ___/___ FC ___ S02 ___ FR ___

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

SCORE PRECEDENTI ___/___/___

News SCORE: _____

Sospetta Sovralinfezione Batterica

- Percussione Ottusità

- Auscultazione Riduzione MV

- Febbre persistente >5 gg

- Febbre Elevata / Brividi

- Ematochimici

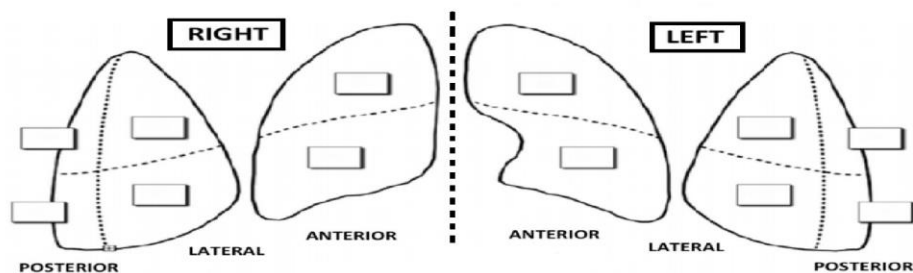
PCR > 20 / PCT

Altro _____

- Addensamenti RX

- Consolidamento ECO

Lung Ultrasound Scoring System (LUSS)



Versamento Pl.

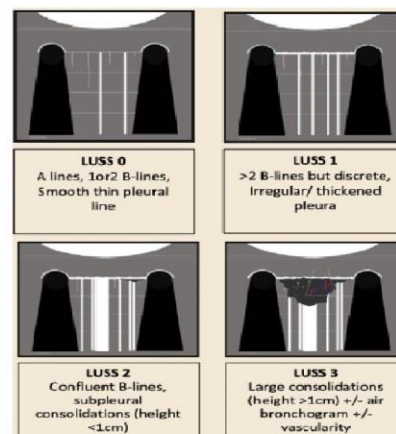
Pneumotorace

Ant Lat Post

Dx

Sx

SCORE: _____



EmogasAnalisi

DATA		DATA	
pH		pH	
pCO2		pCO2	
pO2		pO2	
becf		becf	
HCO3		HCO3	
sO2%		sO2%	
Fio2		Fio2	
pO2 stand		pO2 stand	
P/F		P/F	
P/F stand		P/F stand	

pO2 standard (calc. se pCO2 <35)
(1,66 x pCO2) + pO2 - 66,4

ESITO INTERVENTO

Mantenuto a Domicilio

Attivazione 118

Il paziente Rifiuta Ricovero

Firma del pz _____

Data

___/___/___ Firma del Medico

Cortisone (specificare)

Dosaggio _____ Fino al _____

Dosaggio _____ Fino al _____

Dosaggio _____ Fino al _____

Ossigeno (litri) _____ IN CONTINUO h24 _____ NOTTURNO _____

Fino al _____

Ossigeno (litri) _____ AL BISOGNO _____ quante ORE _____

Fino al _____

Eparina _____ Fino al _____

Altro _____ PRONAZIONE NOTTURNA SI NO

PRONAZIONE DIURNA SI NO NOTE DEL MEDICO _____

NOTE DEL PAZIENTE _____