

RICHIESTA DI VISITA DOMICILIARE MICROTEAM (USCA)

Il sottoscritto Dr _____ Cod. Regione Veneto n° _____

Indirizzo _____ Telefono _____

RICHIEDE VISITA DOMICILIARE MICROTEAM USCA PER IL SUO/A PAZIENTE

Cognome Nome _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Tampone Positivo In attesa di risultato Non eseguito

Terapia Ossigeno Paracetamolo Antibiotico (quale?) _____

Motivo visita:

- A) Febbre persistente >37.5 da giorni Dispnea Tachipnea > 20/m' Ipotensione
 Polso periferico debole Sudorazione algida Perdita di coscienza Astenia profonda
 Confusione mentale Emottisi
- B) Valutazione dopo dimissione ospedaliera

Data _____

Firma Dr _____

RELAZIONE DOMICILIARE VISITA MICROTEAM USCA

Sede Microteam Usca _____ Dottor _____

Data Visita	Temp. corporea	Pressione arteriosa	Frequenza cardiaca	Diuresi	Saturaz. a riposo	Saturaz. test del cammino	Esecuzione Tampone
			_____/min. Ritmo normale <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Sintomi Dispnea Tosse Astenia profonda Sudorazione Confusione mentale Altro _____

Esame obiettivo polmonare Normale Ronchi Rantoli

Eco. Polmonare Normale Polmonite Pleurite

ECG RS FA QTc _____ Altro _____

Terapia _____

Da rivedere Si No

Ricovero Si No

Data _____

Firma Dr _____