**EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE \***

1. Diagnostic prezent
	1. .................................................................................................................................................
	2. .................................................................................................................................................
	3. .................................................................................................................................................
2. Starea de sănătate prezentă
* ANTECEDENTE FAMILIALE RELEVANTE:.....................................................................

......................................................................................................................................................

* ANTECEDENTE PERSONALE: ..........................................................................................

......................................................................................................................................................

* TEGUMENTE ȘI MUCOASE (prezența ulcerului de decubit, plăgi etc.)............................

......................................................................................................................................................

* APARAT LOCOMOTOR (se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers) ......................

......................................................................................................................................................

* APARAT RESPIRATOR (frecvența respiratorie, tuse, expectorație, dispnee etc.).................

......................................................................................................................................................

* APARAT CARDIOVASCULAR (TA, AV, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice etc.) ............................................................................................

......................................................................................................................................................

* APARAT DIGESTIV (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal - prezența incontinenței anale; se evaluează și starea de nutriție)

......................................................................................................................................................

* APARAT UROGENITAL (dureri, tulburări de micțiune - prezenta incontinenței urinare etc., proble -me genitale) ....................................................................................................................

......................................................................................................................................................

* ORGANE DE SIMȚ (auz, văz, gust, miros, simt tactil)............................................................

......................................................................................................................................................

* EXAMEN NEUROPSIHIC (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.....................................................................

......................................................................................................................................................

.Investigații paraclinice relevante (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei - bilete de externare, rețete și/sau fișa medicală din spital, policlinică, cabinet medicină de familie): ............................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

\*Medic

NUMELE ................................................................................................................................... PRENUMELE..............................................................................................................................

SPECIALITATEA .......................................................................................................................

UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ ..........................................................................................

ADRESA .....................................................................................................................................

TELEFON .......................................... SEMNATURĂ .........................................................................