(pieczątka oddziału)

Badanie przedmiotowe

Oddział okulistyczny / Oddział położniczo-ginekologiczny

Imię i nazwisko pacj enta.....

Stan ogólny: przytomny ☐ nieprzytomny ☐

Budowa ciała: prawidłowa ☐ nieprawidłowa ☐.....

Skóra: sucha ☐ wilgotna ☐.....
zmiany patologiczne NIE ☐ TAK ☐.....

Obrzęki: NIE ☐ TAK ☐ .....
.....

Węzły chłonne : niepowiększone ☐ powiększone ☐.....
.....

Szmery naczyniowe: nieobecne ☐ słyszalne ☐
nad: ....

Głowa: kształt prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐ .....
bolesność opukowa / uciskowa: NIE ☐ TAK ☐ .....

Uszy: słuch prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐.....

Jama ustna / gardło: śluzówka (barwa, wilgotność, wykwity, język, migdałki)
prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐.....
.....

Szyj a ruchomość prawidłowa ☐ nieprawidłowa ☐.....
Tarczyca: niepowiększona ☐ powiększona ☐.....

Klatka piersiowa: budowa prawidłowa ☐ nieprawidłowa ☐.....
ruchomość oddechowa prawidłowa ☐ nieprawidłowa ☐.....
bolesność uciskowa NIE ☐ TAK ☐.....
duszność NIE ☐ TAK ☐ ..... liczba oddechów ☐ / min

Płuca:
dolne granice płuc: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐ .....
szmer oddechowy: pęcherzykowy prawidłowy ☐ inny ☐ .....
.....
szmery dodatkowe: NIE ☐ TAK ☐.....

Serce: czynność miarowa ☐ niemiarowa ☐..... częstość ☐ / min.
tony czyste: TAK ☐ NIE ☐.....

Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacj enta.....

Żylaki kończyn dolnych: NIE ☐ TAK ☐.....

Jama brzuszna: wysklepiona na poziomie kl. piersiowej ☐ poniżej kl. piersiowej ☐ powyżej kl. piersiowej ☐

napięcie powłok: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐.....

wątroba: niepowiększona ☐ powiększona ☐ .....

śledziona: niepowiększona ☐ powiększona ☐.....

opory patologiczne: NIE ☐ TAK ☐ .....

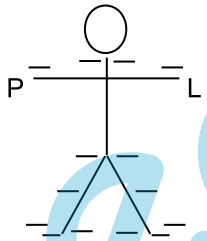
przepukliny: NIE ☐ TAK ☐ .....

obj. Goldflama: NIE ☐ TAK ☐ .....

Ukł. nerwowy: objawy patologiczne: NIE ☐ TAK ☐ .....

Temperatura	RR	Tętno ...../ min	

Inne uwagi:



.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

admed® MEDICAL PARTNER