

**SCHEDA CLINICA SULLO STATO PSICO-FISICO**

Servizio sanitario nazionale - Regione .....  
 Presidio ospedaliero .....  
 Unità operativa di accettazione (Pronto Soccorso ..... Medicina d'Urgenza ..... Altro .....  
 Altra struttura sanitaria .....

Sig. .... nato/a il ..... a .....

Residente a ..... Via ..... n. ....

Data e ora dell'evento ..... dell'accesso ..... del prelievo .....

**Su richiesta di:**

Autorità Giudiziaria  Polizia di Stato  Carabinieri  Polizia locale.  G.d.F.  Altro.....

Pervenuta alle ore ..... del ..... in forma:

scritta (allegata)  verbale da parte di (*indicare nominativo richiedente*) .....

altro .....

**Motivo della richiesta:**

Incidente stradale a seguito del quale è stato sottoposto a cure mediche

**RIFIUTO PROSECUZIONE ACCERTAMENTO:**

SI RIFIUTO L'ACCERTAMENTO firma interessato.....

*E' stato avvisato che, a sensi dell'art. 186 comma 3 del Decreto Legislativo 30.4.1992 n. 285, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui al comma 2, il conducente è punito, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con l'arresto fino a un mese e con l'ammenda da euro 258 a euro 1032 e con la sospensione della patente di guida da 15 giorni a 3 mesi.*

**ESAME CLINICO**

**Anamnesi per assunzione di farmaci:**  si  no .....

Specificare (*quali / in quale quantità / via di somministrazione*)

.....

.....

Prima dell'evento  Dopo l'evento (*es. durante il soccorso*) .....

**Anamnesi per patologie:**

Diabete  Epilessia  Cardiopatie  Malattie neuropsichiatriche .....

È seguito da strutture sanitarie pubbliche:  si (*specificare*) .....

**SINTOMI E SEGNI**

1. Stato della coscienza:  Integra  Sonnolenza  Sopore  Coma .....

2. Deficit memoria  si  no

3. Disorientamento spazio temporale  si  no ----- delirio-allucinazioni  si  no

4. Dispercezioni  si  no

5. Comportamento:  Calmo  Loquace  Euforico  Ansioso  Agitato  Irrispettoso  Aggressivo  
 Depresso  Rifiuta di collaborare

6. Linguaggio:  Normale  Impastato  Incapace di esprimersi  Bruxismo .....

7. Equilibrio:  Difficoltà a mantenere la stazione eretta  Andatura barcollante  Dismetria

8. Pupille:  Normali  Midriatiche  Miotiche  Anisocoriche

9. Iperemia congiuntivale  si  no

10. Alitosi alcool  si  no ...

11. Condizioni generali  Sudorazione  Tremori  Convulsioni  Vomito

Frequenza cardiaca ..... /min.  Aritmie  Frequenza respiratoria: ..... /min

Dispnea  Apnea  pressione arteriosa ..... Mm Hg  temperatura  
 .....°C

12.  Glicemia (*test rapido*) valore .....  Sodiemia (*se eseguite*) valore.....

13.  Potassiemia (*se eseguite*) valore ..... CPK (*se eseguite*) valore.....

**GIUDIZIO CONCLUSIVO**

Sulla base dei segni  SI  NO

.....

.....

DATA .....

FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE

\_\_\_\_\_