

SCHEDA CLINICA TARTARUGHE rev.0

numero di **targhetta**: **CSC IT**

rif. **scheda di rilievo** : n°

ESAME OBIETTIVO GENERALE

data :

a cura di :

sigla:

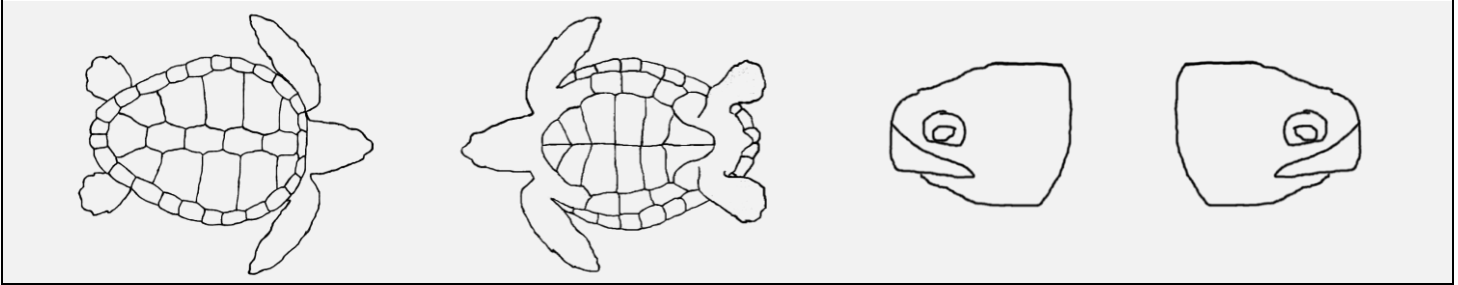
Lesioni e ferite

assenti

presenti:

segnare, sulle sagome riportate, lesioni e ferite riscontrate

DESCRIZIONE RISCONTRO:



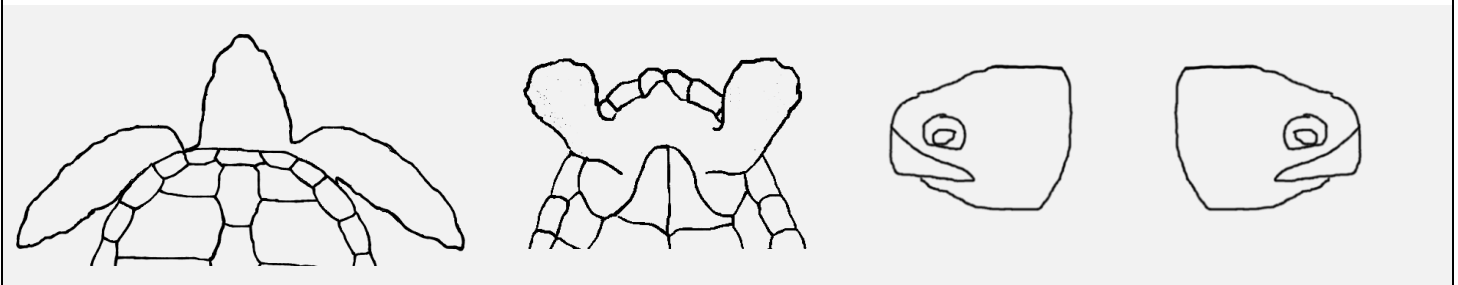
Presenza ami/lente

assenti

presenti:

segnare, sulle sagome riportate, quanto riscontrato

DESCRIZIONE RISCONTRO:



Emorragie

assenti

presenti

DESCRIZIONE RISCONTRO:

Riflesso palpebrale

nella norma alterato :

Tono muscolare

nella norma alterato :

Stato del sensorio

nella norma alterato :

Respirazione

nella norma alterata :

n° respiri/minuto

Acqua/schiuma dalle narici

assente presente

Temperatura corporea

nella norma alterata : °C,

Stato di nutrizione

nella norma alterato :

Stato di idratazione

nella norma alterato :

Cute e annessi cutanei

nella norma alterati :

Epibionti

assenti presenti infestanti; specie :

Ectoparassiti

assenti presenti infestanti; specie :

Altro:

Altro:

**ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE** data : _____ a cura di : _____ sigla: _____

Esame radiologico	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> effettuato in data	/	/	(allegare lastra radiografica)
Modalità di rilievo:	esame condotto su n°	assi:			
DESCRIZIONE RISCONTRO:					

Esame ematologico	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> effettuato in data	/	/	(allegare report analitico)
Modalità di prelievo:	<input type="checkbox"/> seno venoso cervicale	<input type="checkbox"/> vena giugulare esterna	<input type="checkbox"/>	arto posteriore	
Parametri oggetto di esame:					
DESCRIZIONE RISCONTRO:					

Esame coprologico	<input checked="" type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> effettuato in data	/	/	
Modalità di prelievo:	<input type="checkbox"/> esame macroscopico	<input type="checkbox"/> esame microscopico	<input type="checkbox"/>		
DESCRIZIONE RISCONTRO:					
<input type="checkbox"/> si allega report analitico (esame condotto da laboratorio esterno)					

Prove di acquaticità	<input type="checkbox"/> non effettuate	<input checked="" type="checkbox"/> effettuate in data	/	/	all'arrivo presso il centro
DESCRIZIONE RISCONTRO: galleggiamento evidente (soprattutto dell'emisfero caudale), incapacità di immersione					

Altri riscontri:	effettuati in data	/	/	
DESCRIZIONE RISCONTRO:				

**STABILIZZAZIONE DEL SOGGETTO**

a cura di:

sigla:

Stabulazione	<input type="checkbox"/> in vasca – acqua standard	<input type="checkbox"/> in vasca - acqua bassa	denominazione vasca:
	<input type="checkbox"/> a SECCO (umidificazione con telo)	<input type="checkbox"/> altro:	

PARTICOLARI SULLA STABULAZIONE:

Fluidoterapia		<input type="checkbox"/> via endovenosa			<input type="checkbox"/> via intracelomatica					
Soluzione impiegata	data (gg/mm)	quantità	u.m.	data (gg/mm)	quantità	u.m.	data (gg/mm)	quantità	u.m.	
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% (2-5% peso corporeo)										
<input type="checkbox"/> Destrosio 5% (0.5-2g/Kg)										
<input type="checkbox"/> : ()										

Farmacoterapia	per via:	<input type="checkbox"/> endovenosa	<input type="checkbox"/> intramuscolare	<input type="checkbox"/> intracelomatica	<input type="checkbox"/> altro:
-----------------------	----------	-------------------------------------	---	--	---------------------------------

Calendario rif n°:	Prodotto impiegato:
1A	Frequenza di somministrazione:
	Durata terapia:

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:

Farmacoterapia	per via:	<input type="checkbox"/> endovenosa	<input type="checkbox"/> intramuscolare	<input type="checkbox"/> intracelomatica	<input type="checkbox"/> altro:
-----------------------	----------	-------------------------------------	---	--	---------------------------------

Calendario rif n°:	Prodotto impiegato:
2A	Frequenza di somministrazione:
	Durata terapia:

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:

Farmacoterapia	per via:	<input type="checkbox"/> endovenosa	<input type="checkbox"/> intramuscolare	<input type="checkbox"/> intracelomatica	<input type="checkbox"/> altro:
-----------------------	----------	-------------------------------------	---	--	---------------------------------

Calendario rif n°:	Prodotto impiegato:
3A	Frequenza di somministrazione:
	Durata terapia:

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:

Farmacoterapia	per via:	<input type="checkbox"/> endovenosa	<input type="checkbox"/> intramuscolare	<input type="checkbox"/> intracelomatica	<input type="checkbox"/> altro:
-----------------------	----------	-------------------------------------	---	--	---------------------------------

Calendario rif n°:	Prodotto impiegato:
4A	Frequenza di somministrazione:
	Durata terapia:

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:

Farmacoterapia	per via:	<input type="checkbox"/> endovenosa	<input type="checkbox"/> intramuscolare	<input type="checkbox"/> intracelomatica	<input type="checkbox"/> altro:
-----------------------	----------	-------------------------------------	---	--	---------------------------------

Calendario rif n°:	Prodotto impiegato:
5A	Frequenza di somministrazione:
	Durata terapia:

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:



Alimentazione: *Naturale* *Forzata:* sonda oro esofagea sonda esofagea sonda gastroesofagea

A base di:

Quantità per somministrazione: *Frequenza: 3gg* *Durata:*

	<i>Frequenza: 3gg</i>			<i>Durata:</i>					
	<i>data(gg/mm)</i>	<i>peso</i>	<i>u.m.</i>	<i>data(gg/mm)</i>	<i>peso</i>	<i>u.m.</i>			
Controllo del peso dell'esemplare <i>(misure ogni ___gg)</i>			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg
			kg			kg			kg

PARTICOLARI OPERATIVI/NOTE:

Ossigeno terapia

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:

Trasfusione

PARTICOLARI SULLA TERAPIA:



PROCEDURA CHIRURGICA		a cura di :		sigla:	
Accertamenti pre-chirurgici		<input type="checkbox"/> radiografici	<input type="checkbox"/> ematologici	<input type="checkbox"/>	
DESCRIZIONE RISCONTRO/I:					
Accertamenti post-chirurgici		<input type="checkbox"/> radiografici	<input type="checkbox"/> ematologici	<input type="checkbox"/>	
DESCRIZIONE RISCONTRO/I:					
Farmacoterapia		per via: <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> intracelomatica <input type="checkbox"/> altro:			
Calendario rif n°:		Prodotto impiegato:			
1B		Frequenza di somministrazione:		Durata terapia:	
PARTICOLARI SULLA TERAPIA:					
Farmacoterapia		per via: <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> intracelomatica <input type="checkbox"/> altro:			
Calendario rif n°:		Prodotto impiegato:			
2B		Frequenza di somministrazione:		Durata terapia:	
PARTICOLARI SULLA TERAPIA:					
Farmacoterapia		per via: <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> intracelomatica <input type="checkbox"/> altro:			
Calendario rif n°:		Prodotto impiegato:			
3B		Frequenza di somministrazione:		Durata terapia:	
PARTICOLARI SULLA TERAPIA:					
Farmacoterapia		per via: <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> intracelomatica <input type="checkbox"/> altro:			
Calendario rif n°:		Prodotto impiegato:			
4B		Frequenza di somministrazione:		Durata terapia:	
PARTICOLARI SULLA TERAPIA:					
Farmacoterapia		per via: <input type="checkbox"/> endovenosa <input type="checkbox"/> intramuscolare <input type="checkbox"/> intracelomatica <input type="checkbox"/> altro:			
Calendario rif n°:		Prodotto impiegato:			
5B		Frequenza di somministrazione:		Durata terapia:	
PARTICOLARI SULLA TERAPIA:					

