



**EXAMEN OBIECTIV**

<p align="center"><b>CAP</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Marca traumatică <input type="checkbox"/> Leziuni cav. bucală <input type="checkbox"/> Leziuni dentare <input type="checkbox"/> Fontanela	<p align="center"><b>GÂT</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Marca traumatică <input type="checkbox"/> Formațiuni palpabile	<p align="center"><b>NAS</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Narine <input type="checkbox"/> Mucoase nazale Alte <input style="width:100px;" type="text"/>	<p align="center"><b>Stg</b></p> <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Corpi străini <input type="checkbox"/> Traumă	<p align="center"><b>Dr</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<p align="center"><b>APARAT AUDITIV</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Căi auditive externe <input type="checkbox"/> Pavilionul urechii Alte <input style="width:100px;" type="text"/>		<p align="center"><b>OCHI</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mobilitate globi oculari <input type="checkbox"/> Pupile Alte <input style="width:100px;" type="text"/>		<p align="center"><b>Stg</b></p> <input type="checkbox"/> Traumă <input type="checkbox"/> Corpi străini <input type="checkbox"/> Conjunctivite <input type="checkbox"/> Midriază <input type="checkbox"/> Mioză <input type="checkbox"/> Anizocorie <input type="checkbox"/> Nistagmus <input type="checkbox"/> Deviere globi oculari	<p align="center"><b>Dr</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
<p><b>APARAT CARDIOVASCULAR</b></p>																	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ritm cardiac <input type="checkbox"/> Puls periferic Observații <input style="width:100px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Auscultația cordului <input type="checkbox"/> Puls neregulat <input type="checkbox"/> Puls perif ferif filiform <input type="checkbox"/> Deficit de puls <input type="checkbox"/> Zgomote aritmice		<input type="checkbox"/> Zgomote asurzite <input type="checkbox"/> Jugulare turgesc <input type="checkbox"/> Suflu sistolic <input type="checkbox"/> Suflu distolic <input type="checkbox"/> Suflu aortic		<input type="checkbox"/> Puls absent la art <input type="checkbox"/> Suflu cardiac stg <input type="checkbox"/> Suflu cardiac dr <input type="checkbox"/> Frecătură <input type="checkbox"/> Galop											
<p><b>TORACE/APARAT RESPIRATOR</b></p>																	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aspectul toracelui <input type="checkbox"/> Murmur vezicular bilat <input type="checkbox"/> Orofaringe Observații <input style="width:100px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Murmur vezicular diminuat <input type="checkbox"/> Murmur vezicular absent <input type="checkbox"/> Raluri sibilante <input type="checkbox"/> Raluri crepitante <input type="checkbox"/> Raluri subcrepitante <input type="checkbox"/> Wheezing		<input type="checkbox"/> Tiraj intercost/supraclavic <input type="checkbox"/> Emfizem subcutanat <input type="checkbox"/> Trahee deviată <input type="checkbox"/> Traumă torace Alte <input style="width:100px;" type="text"/>													
<p align="center"><b>ABDOMEN</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Palpare <input type="checkbox"/> Percutie <input type="checkbox"/> Tranzit intest <input type="checkbox"/> Tuseu rectal			<input type="checkbox"/> Abd destins <input type="checkbox"/> Tranzit absent <input type="checkbox"/> Hepatomegalie <input type="checkbox"/> Splenomegalie Observații <input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="checkbox"/> Formațiune palpabilă <input type="checkbox"/> Sensibil la palpare <input type="checkbox"/> Tuseu rectal pozitiv <input type="checkbox"/> Iritare peritoneala			<p align="center"><b>TEGUMENT</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cald <input type="checkbox"/> Rece <input type="checkbox"/> Umed <input type="checkbox"/> Prurit			<input type="checkbox"/> Escoriații <input type="checkbox"/> Echimoze <input type="checkbox"/> Petesii <input type="checkbox"/> Purpură <input type="checkbox"/> Icter			<input type="checkbox"/> Plagi <input type="checkbox"/> Palid <input type="checkbox"/> Cianoză <input type="checkbox"/> Transpirat		
<p align="center"><b>SCLERE ȘI MUCOASE</b></p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Injectate <input type="checkbox"/> Hipermiate <input type="checkbox"/> Icterice Alte <input style="width:100px;" type="text"/>			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Organe genitale externe <input type="checkbox"/> Menstruație regulată <input type="checkbox"/> Tușeu vaginal <input type="checkbox"/> Data ult menstruații <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/>			<p align="center"><b>GENITO URINAR</b></p> <input type="checkbox"/> Scurgeri vaginale sanguinolente <input type="checkbox"/> Leucoree <input type="checkbox"/> Sensibilitatea colului <input type="checkbox"/> Uter mărit			<p align="center"><b>Stg</b></p> <input type="checkbox"/> Formațiune latero-uteriană <input type="checkbox"/> Giardano pozitiv <input type="checkbox"/> Tumefiere testicul <input type="checkbox"/> Durere testicul <input type="checkbox"/> Formațiune mamară <input type="checkbox"/> Hematurie <input type="checkbox"/> Traumă			<p align="center"><b>Dr</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<p><b>AP LOCOMOTOR</b></p>																	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Durere <input type="checkbox"/> Tumefiere <input type="checkbox"/> Edem		<input type="checkbox"/> Impotenta funct <input type="checkbox"/> Cianoză <input type="checkbox"/> Fract. deschisă <input type="checkbox"/> Fract. închisă		Observații <input style="width:100px;" type="text"/>													
<p><b>NEURO-PSIHIC</b></p>																	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Orient temp-sp <input type="checkbox"/> Nervi craniei <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> Senzitiv <input type="checkbox"/> ROT Observații <input style="width:100px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Halucinații <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Tulb comp. <input type="checkbox"/> Agitat <input type="checkbox"/> Obnubilat		<input type="checkbox"/> Confuz <input type="checkbox"/> Fotofobie <input type="checkbox"/> Redoarea cefei <input type="checkbox"/> Parestezii <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Afazie <input type="checkbox"/> Mioclonii		<input type="checkbox"/> Convulsii <input type="checkbox"/> Plegie <input type="checkbox"/> Pareză <input type="checkbox"/> Anestezie <input type="checkbox"/> Babinski											

Observații

---



---



---



---



---







Data         Nr. fișei  Nume prenume

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data           Nr. fișei  Nume prenume

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONSULTAȚII**

SPECIALITATEA	ORA SOLICITĂRII	ORA PREZENTĂRII	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITAT	SEMNĂTURA MEDICULUI SOLICITANT
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>