

**FIZIKALNI PREGLED**

P broj: _____/_____

IME I PREZIME: _____ Pol: _____ Godina rođenja: _____

VITALNI ZNACI: Temp. _____ °C; TA: _____/_____ mmhg; P: _____/min Respiracija: _____/min

PREGLED	b.o. [X]	Odstupa od normalnog nalaza	Laboratorijska Dg
OPŠTI PREGLED			
GLAVA I VRAT		[X] Izgled [X] Vene [X] Štitasta žlezda	
UHO, GRLO I NOS			EKG [] b.o.
OČI		[X] Kapci [X] Vežnjača [X] Beonjača [X] Pupila	
KARDIOVASKULARNI SISTEM		[X] Ritam [X] Šum	EHO [] b.o.
RESPIRATORNI SISTEM		[X] Dispneja/Tahipneja [X] Auskultatorno	
DIGESTIVNI SISTEM		[X] Ožiljci [X] Osetljivost [X] Palpabilna masa [X] Ascites [X] Pulzacije [X] Perineum/Rektum	Radiografija
GENITO-URINARNI SISTEM		[X] Genitalije	
KOŽA		[X] Ospa [X] Ožiljci [X] Rane [X] Ikterus [X] Cijanoza	CT/NMR [] b.o.
EKSTREMITETI		[X] Edem [X] Pulsevi [X] Trofičke promene [X] Varikozne vene/ulkus	
CNS			

MIŠIĆNO-SKELETNI SISTEM		<input checked="" type="checkbox"/> Slabost <input checked="" type="checkbox"/> Atrofija <input checked="" type="checkbox"/> Deformitet	DRUGO: <input type="checkbox"/> b.o
LIMFATIČNI SISTEM		<input checked="" type="checkbox"/> Limfadenopatija	
DRUGO/KOMENTAR			

