

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Jméno pacienta:

RČ:

datum:

Orgán, funkce	Norma	Odchytky od normy
Vědomí	<input type="checkbox"/> orientovaný	kvantitativní: <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma <input type="checkbox"/> synkopa kvalitativní: <input type="checkbox"/> obnubilace (mráкотné stavy) <input type="checkbox"/> delirium <input type="checkbox"/> insomnie
Dýchání	<input type="checkbox"/> eupnoe	<input type="checkbox"/> bradypnoe <input type="checkbox"/> tachypnoe <input type="checkbox"/> dyspnoe <input type="checkbox"/> dýchání prohloubené (acidotické) <input type="checkbox"/> povrchní
	<input type="checkbox"/> stridor 0	<input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> inspirační <input type="checkbox"/> expirační
Poloha	<input type="checkbox"/> aktivní	<input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> ortopnoická <input type="checkbox"/> opistotonus <input type="checkbox"/> na zádech <input type="checkbox"/> na boku <input type="checkbox"/> genukubitální
Chůze	<input type="checkbox"/> bez obtíží	<input type="checkbox"/> antalgická <input type="checkbox"/> hemiparetická <input type="checkbox"/> parkinsonická <input type="checkbox"/> bizarní <input type="checkbox"/> ataxie
Tremor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> intenční <input type="checkbox"/> klidový <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> parkinsonický <input type="checkbox"/> flapping tremor <input type="checkbox"/> tik
Konstituce	<input type="checkbox"/> normostenik	<input type="checkbox"/> astenik <input type="checkbox"/> hyperstenik
Výživa, BMI	<input type="checkbox"/> eutrofický	<input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> nadváha <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> adipositas dolorosa BMI =
Kůže	<input type="checkbox"/> růžová	<input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> cyanóza
	<input type="checkbox"/> bez ikteru a eflorescencí	<input type="checkbox"/> ikterus eflorescence: <input type="checkbox"/> makula <input type="checkbox"/> papula <input type="checkbox"/> pustula <input type="checkbox"/> vezikula <input type="checkbox"/> exantém
	<input type="checkbox"/> hematomy 0	<input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> petechie <input type="checkbox"/> purpura <input type="checkbox"/> sufuze <input type="checkbox"/> vitiligo <input type="checkbox"/> hyperpigmentace <input type="checkbox"/> exkoriace <input type="checkbox"/> ulcerace <input type="checkbox"/> tu.....
Kožní turgor	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> snížený
Vlasy	<input type="checkbox"/> husté	<input type="checkbox"/> jemné <input type="checkbox"/> tvrdé <input type="checkbox"/> řídké <input type="checkbox"/> alopecie
Nehty	<input type="checkbox"/> hladké	<input type="checkbox"/> třísky pod nehty <input type="checkbox"/> tmavé skvrny pod nehty <input type="checkbox"/> odinová sklíčka - paličkovité prsty <input type="checkbox"/> koilonychie
Facies		<input type="checkbox"/> febrilis <input type="checkbox"/> hippokratická <input type="checkbox"/> mitralis <input type="checkbox"/> myxedém <input type="checkbox"/> tyreotoxická <input type="checkbox"/> adenoida <input type="checkbox"/> Cushingoida <input type="checkbox"/> parkinsonická <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> edém <input type="checkbox"/> exantém <input type="checkbox"/> LE (motýlovitý exantém)
Čítí	<input type="checkbox"/> v normě	<input type="checkbox"/> hypestezie <input type="checkbox"/> parestezie <input type="checkbox"/> hyperstezie <input type="checkbox"/> allodynie <input type="checkbox"/> porucha polohocitu
Motorika	<input type="checkbox"/> pohyblivý	<input type="checkbox"/> snížená hybnost <input type="checkbox"/> paréza <input type="checkbox"/> plegie <input type="checkbox"/> neklidný
Řeč	<input type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> zárazy <input type="checkbox"/> bradytalie <input type="checkbox"/> polytalie <input type="checkbox"/> dyslalie <input type="checkbox"/> dysartrie <input type="checkbox"/> afázie <input type="checkbox"/> mutismus
Hlas	<input type="checkbox"/> bpn.	<input type="checkbox"/> dysfonie <input type="checkbox"/> afonie