

TEST DELL'ACQUA

REPARTO/STRUTTURA: _____				
—				
DATI PAZIENTE				
Cognome:			Nome:	
Data di nascita / /	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nosologico:	
TEST DELL' ACQUA				
	<i>Prova dei 3 cucchiaini</i>		<i>Prova dei 50 ml</i>	
	SI	NO	SI	NO
Tosse				
Voce gorgogliante				
Rigurgiti nasali				
Tentativi ripetuti di deglutizione				
Deglutizione assente				
Desaturazione				
<p>N.B. In caso di 1 o più segni di disfagia alla prova dei 3 cucchiaini sospendere il test.</p> <p>Se segni assenti procedere con la prova dei 50 ml.</p>				