

Istruzioni per compilazione del caso clinico-assistenziale

1. Individuare insieme alla Guida di Tirocinio un assistito per il quale formulare un piano assistenziale individualizzato
2. **DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO**
Indicare garantendo la privacy (non riportare dati COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, NUMERI DI TELEFONO ECC.) una esaustiva descrizione del caso clinico preso (diagnosi medica di ingresso/motivo del ricovero, provenienza (domicilio, rsa, altro) situazione clinica/assistenziale/sociale del soggetto)
3. Effettuare **ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO al momento della presa in carico** secondo il MODELLO DI GORDON proposto considerando che l'ESAME FISICO è descrivibile dallo studente all'interno di ogni modello. Compilare le SCALE di valutazione proposte in modo completo.
4. Individuare i modelli disfunzionali e per ognuno di questi individuare i titoli diagnostici NANDA (con il relativo codice).
5. Individuare almeno 3 diagnosi infermieristiche prioritarie ed enunciarle secondo la tassonomia NANDA,
6. Riportare i relativi NOC E NIC (con codice) per ogni diagnosi infermieristica precedentemente rilevata

N.B ATTENERSI RIGOROSAMENTE ALLE INDICAZIONI QUANDO PRESENTE LA DICITURA:

“EFFETTUARE SOLO IN PRESENZA DELL'INFERMIERE”

Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon

Modello di percezione e di gestione della salute	Descrive come la persona percepisce il suo stato di salute e le modalità in cui la gestisce. Include la gestione dei rischi per la salute, abitudini e stili di vita che influenzano la salute, comportamenti, trattamenti e prescrizioni, storia medica e sanitaria in genere.
Modello nutrizionale e metabolico	Descrive come la persona assume il cibo ed i liquidi in termini di qualità e quantità. Include gli indicatori del fabbisogno metabolico dell'organismo. Rientrano in questo modello la descrizione delle condizioni della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.
Modello di eliminazione	Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, rene e cute) compreso le abitudini della persona. Include qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni
Modello di attività' esercizio fisico	Descrive il modello dell'esercizio, dell'attività fisica e del tempo libero, includendo tutte le attività quotidiane che implicano dispendio di energia (igiene, alimentarsi, cucinare, lavorare ecc.), la funzione respiratoria e cardiocircolatoria e i fattori che interferiscono (deficit) con il modello desiderato
Modello sonno – riposo	Descrive i modelli di sonno e riposo nell'arco delle 24 ore, inclusa la percezione della persona rispetto al livello di riposo/sonno energia, gli ausili e le abitudini
Modello cognitivo – percettivo	Descrive l'adeguatezza delle modalità sensoriali della persona (i sensi), i relativi disturbi e la presenza di protesi, inclusa la percezione del dolore e come viene gestito, le abilità cognitive come il linguaggio, la memoria e l'assunzione di decisioni.
Modello di percezione di se'- concetto di se'	Descrive gli atteggiamenti che la persona ha nei confronti di se stesso, la percezione delle proprie abilità, l'immagine corporea, l'identità il senso di valore e il modello emozionale in genere
Modello di ruoli e relazioni	descrive il modello dell'attribuzione e delle relazioni di ruolo; include la percezione dei principali ruoli e responsabilità inerenti la situazione di vita attuale della persona comprese la soddisfazione o i problemi in ambito familiare e lavorativo, le relazioni sociali e le relative responsabilità
Modello di sessualita' e riproduzione	descrive atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità e alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi. Include le diverse fasi del ciclo riproduttivo femminile.
Modello di coping e tolleranza allo stress	descrive il modello di coping includendo la capacità della persona di resistere o gestire lo stress, i sistemi di supporto familiare e l'abilità percepita di controllare /gestire le situazioni
Modello di valori e convinzioni	descrive il modello di valori, obiettivi e convinzioni, comprese quelle spirituali, che guidano le scelte e le decisioni della persona, includendo ciò che viene percepito importante nella vita e qualunque conflitto percepito rispetto a valori e convinzioni correlate con la salute

SCHEDA DI ACCERTAMENTO PER MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

Studente _____ anno di corso _____ data _____

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

ETA' _____ M F

Data e ora di ingresso _____ U.O. _____

DIAGNOSI MEDICA DI INGRESSO _____

Il paziente proveniente da.....ammesso in reparto/servizio
accompagnato da.....
presenta le seguenti condizioni clinico-assistenziali:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNESI MEDICA /SOCIALE(occupazione, titolo di studio ecc.) /FAMILIARE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

I dati sono stati forniti da direttamente dalla persona ricoverata da parenti/accompagnatori altro(specificare)

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO di base all'ingresso/ammissione/ricovero della persona assistita

1 MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile <input type="checkbox"/>			M. disfunzionale : <input type="checkbox"/>
DESCRIZIONE DELLO STATO DI SALUTE (Come definisce il suo stato di salute generale?) _____			diagnosi infermieristiche

PROMOZIONE DELLA SALUTE (cibo e bevande/dieta, esercizio fisico, stile di vita e abitudini, gestione dello stress) (quali sono le cose importanti per mantenersi in salute?)			

PROTEZIONE DELLA SALUTE (programmi di screening, visite sanitarie di base, esercizio, riposo e fattori economici)			diagnosi infermieristiche

AUTO-ESAME (esegue autoispezione del seno o testicoli, pressione arteriosa, glicemia, pap test ecc.)			

RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI _____			diagnosi infermieristiche

FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLA SALUTE			
Diabete <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> problemi cardiaci <input type="checkbox"/> Problemi respiratori <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____			
Consumo di alcool no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> bicchieri di vino <input type="checkbox"/>			
Fumo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n° sigarette fumate/dì _____			
Uso di altre sostanze no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> _____			
Allergie note no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> farmaci <input type="checkbox"/> alimenti <input type="checkbox"/> lattice <input type="checkbox"/> iodio <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> : _____			
Altro _____			
Terapia a domicilio/in corso : no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Aderenza alla prescrizione medica o infermieristica a domicilio si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Farmaci	Dosaggio	Frequenza /die	Ultima dose

--	--	--	--

Altri elementi utili.....

SCALA DI CONLEY prevenzione e segnalazione cadute)	1° valutazione		2° valutazione	
	Data.....		Data.....	
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver):	SI	NO	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi ?.....	2	0	2	0
Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi.....	1	0	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno?.....	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo: (osservazione infermieristica)				
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore)	2	0	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0
TOTALE _____				

Le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente (possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere). La risposta "non so" è da considerare come risposta negativa (0)

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. Il valore soglia di 2 su 10 indica la presenza di rischio di caduta

2 MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>			
Abitudini alimentari (cosa mangia abitualmente pasti e spuntini tipo e quantità) _____	diagnosi infermieristiche			
Restrizioni dietetiche _____				
Variazioni di peso involontaria negli ultimi 6 mesi: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ____ kg di aumento/perdita				
Appetito: normale <input type="checkbox"/> aumentato <input type="checkbox"/> diminuito <input type="checkbox"/> gusto diminuito <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/>				
Altro _____				

Esame fisico:				
Temperatura corporea (TC) _____				
Peso attuale Kg _____ altezza _____ IMC (peso Kg./ altezza m 2) _____				
MURST (Malnutrition Universal Screening Tool)				
Barrare il valore 0 1 2 e riportarlo nell'ultima colonna a destra				
IMC	> 20 (> 30 obeso) 0	18,5-20,0 1	<18,5 2	
decremento ponderale non volontario negli ultimi 3-6 mesi	< 5% 0	5-10% 1	> 10% 2	
Effetti di malattia acuta	Si prevede per almeno 5 gg introito nutrizionale insufficiente			2
Somma : 0 basso rischio ; 1 medio rischio; >/= 2 alto rischio di malnutrizione				Totale
Dentizione Assenza dei denti no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Protesi dentale <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/>				
VALUTAZIONE DISFAGIA: STANDARDIZED SWALLOWING SCREEN (modificato)				

Igiene Orale: E' necessario provvedere alle pratiche di igiene orale? SI NO

Parte 1.

1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente? SI NO

2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa? SI NO

- Se la risposta è NO in entrambe le domande:
 - NON ANDARE OLTRE e
 - NON PROCEDERE ALLO SCREENING

Rivalutare il paziente ogni 24 ore e se rimane impossibile effettuare lo screening o l'approfondimento, discutere con il team sanitario la via di somministrazione per l'apporto idrico e nutrizionale.

Parte 2.

3. Il paziente può tossire su richiesta? SI NO

4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva? SI NO

5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore? SI NO

6. Il paziente è in grado di respirare liberamente? SI NO
(p.e. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere Sa O₂)

Domande 3-6: Risposta SI PROCEDERE CON LO SCREENING
Risposta NO FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica

7. Il paziente ha voce "BAGNATA/GORGOGLIANTE":
SI FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica
NO PROCEDERE CON LO SCREENING

NB: la parte 3 deve essere eseguita solo ed esclusivamente con il diretto controllo dell'infermiere

Parte 3

Water swallow test con controllo della saturazione di Ossigeno: controindicata per i pazienti in cui l'aspirazione sia probabile o nota sulla base di altri segni²

Porre il saturimetro al dito indice della mano "sana" e monitorare i valori da 1 minuto prima di iniziare la prova fino ai 2 minuti successivi alle somministrazioni di acqua.

- Ripetere per tre volte la somministrazione di un cucchiaino da the di acqua (10 ml)
- Far bere, senza interruzione, 50-ml di acqua con una tazza.³

Conclusioni nulla per OS
 possibilità di alimentazione per OS
 richiesta di consulenza per approfondimento.

¹ Perry L. (2001). Op Cit.
² SIGN - 87 (2004). Op. Cit.
³ Lim SHB et al. Op Cit.

Nutrizione Enterale: tipo..... con SNG tipo: ch:posiz. il/./:
.....

PEG tipo: ch:posiz. il:

condizioni area inserzione:

Glicemia _____

Mucosa orale alterazioni no si stomatite altro _____

Catetere vascolare venoso: no si periferico centrale PIC PORT sede: sx dx
inserito il _____

Cute

idratata si no edemi (INDICARE SEDE) _____ ascite cianosi ittero
pallore

Integra lesioni sede medicazioni

ulcere da pressione si no stadio _____

sede: Sacro Trocantere dx sn Tallone dx sn Altro

stadio I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV°

Legenda: I° eritema cutaneo II° distruzione dell'epidermide e/o derma III° ferita a tutto spessore IV° estesa distruzione dei tessuti o alla necrosi

Altre osservazioni _____

SCALA DI BRADEN

VARIABILI	4	3	2	1	data
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata	punteggio
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato	punteggio
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	punteggio
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità	punteggio
Nutrizione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera	punteggio
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema	punteggio
Rischio se inferiore o uguale a 16				TOTALE PUNTEGGIO	

3 MODELLO DI ELIMINAZIONE	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
<p>Eliminazione intestinale</p> <p>Frequenza evacuazioni/die ____ stipsi <input type="checkbox"/> N. giorni dall'ultima evacuazione _____ diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>Caratteristiche delle feci _____</p> <p>Uso di clisteri/lassativi: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____ frequenza _____,</p> <p>Eliminazione urinaria</p> <p>Frequenza /die diuresi 24 ore/ORARIA</p> <p>Caratteristiche urine.....</p> <p>disuria <input type="checkbox"/> nicturia <input type="checkbox"/> bisogno impellente <input type="checkbox"/> ritenzione <input type="checkbox"/></p> <p>difficoltà a rimandare la minzione <input type="checkbox"/> difficoltà a raggiungere il bagno <input type="checkbox"/></p> <p>Incontinenza : <u>intestinale</u> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <u>urinaria</u> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> diurna <input type="checkbox"/> notturna <input type="checkbox"/></p> <p>occasionale <input type="checkbox"/> uso di pannolone <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Altro _____</p> <p>esame fisico: presenza di :</p> <p>catetere vescicale <input type="checkbox"/> inserito in data ____ tipo _____ Ch.....</p> <p>Stomia tipo: _____ autonomo nella gestione della stomia: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Addome : soffice <input type="checkbox"/> trattabile <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/></p> <p>Sonde: drenaggi <input type="checkbox"/> cateteri <input type="checkbox"/> specificare sede</p> <p>Altre osservazioni _____</p> <hr/> <p>BILANCIO IDRICO (se ritenuto necessario)</p> <p>Entrate: _____ ml..... _____ ml.....</p> <p>_____ ml..... _____ ml..... TOT E</p> <p>Uscite : _____ ml..... _____ ml.....</p> <p>_____ ml..... _____ ml..... TOT U</p> <p>BILANCIO giornaliero ml: _____</p>	<p>diagnosi infermieristiche</p>

4 MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

M. disfunzionale:

Attività fisica no sì _____

Deambulante sì no con ausili: stampelle deambulatore bastone split/tutore sedia a rotelle altro _____

Mobilità a letto no sì

Esame fisico:

Funzione cardiocircolatoria : P.A. _____ F.C. _____ ritmo _____ RC _____

ECG: _____

Respirazione:

O.....P.....

A.....

C.....Sat.....

Dispnea: no sì a riposo da sforzo postura _____

Tosse no sì espettorato no sì

Ossigenoterapia O2 lt/min. _____ % _____

Presidi ventilatori: _____

Valori ematologici principali/EGA _____

Altre osservazioni _____

diagnosi
infermieristiche

Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8

Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevatore	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
Deambulazione	BIM
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1

Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale	BIM
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
TOTALE PUNTEGGIO	
Punteggi totali Indice di Barthel modificato	
Categorie Livello di dipendenza	
punteggio totale 0-24 Totale dipendenza 27.0 val.attribuita	
25-49 Severa dipendenza 23.0 “	
50-74 Moderata dipendenza 20.0 “	
75-90 Lieve dipendenza 13.0 “	
91-99 Minima dipendenza <10.0 “	

5 MODELLO SONNO – RIPOSO	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Abitudini: ore/notte _____ pisolino pomeridiano <input type="checkbox"/> Si sente riposato al risveglio no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> : risveglio precoce <input type="checkbox"/> insonnia <input type="checkbox"/> incubi <input type="checkbox"/> altro _____ Uso di farmaci <input type="checkbox"/> altre abitudini per favorire il sonno <input type="checkbox"/> _____ Altro _____ Paziente sedato no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	diagnosi infermieristiche

6 MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>																																	
<i>N.B. se la scala NRS non è applicabile utilizzare altra scala del dolore idonea alla situazione clinica</i>																																		
Lingua parlata italiano <input type="checkbox"/> altra lingua <input type="checkbox"/> quale _____ Linguaggio: normale <input type="checkbox"/> disturbi del linguaggio <input type="checkbox"/> _____ Altro _____ Sensi : Udito: normale <input type="checkbox"/> alterazioni <input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> sordità <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> Vista: normale <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto <input type="checkbox"/> alterazioni <input type="checkbox"/> quali <input type="checkbox"/> Altro _____ DOLORE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> trattamento in corso (utilizzare scala di valutazione) _____ Livello accettabile di dolore _____ come controlla abitualmente il dolore _____	diagnosi infermieristiche																																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="11">Scala NRS del DOLORE</th> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;"> “Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>		Scala NRS del DOLORE											“Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”.											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Scala NRS del DOLORE																																		
“Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”.																																		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
esame fisico : Stato di coscienza: vigile <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> comatoso <input type="checkbox"/> Orientamento: orientato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> spazio <input type="checkbox"/>																																		

Afasia <input type="checkbox"/> disfasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/>	
Altro _____	

GLASGOW COMA SCALE (GCS): GCS > 8 NON IN COMA		date rilevazione	
APERTURA DEGLI OCCHI (Eye Opening Response)	- nessuna apertura degli occhi	1	1
	- apertura degli occhi in risposta a stimoli dolorosi	2	2
	- apertura degli occhi in risposta a stimoli verbali	3	3
	- apertura degli occhi spontanea	4	4
RISPOSTA VERBALE (Verbal response)	- nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato)	1	1
	- suoni incomprensibili	2	2
	- parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	3
	- confusione, frasi sconnesse	4	4
	- risposta orientata e appropriata	5	5
RISPOSTA MOTORIA (Motor response)	- nessun movimento	1	1
	- estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata)	2	2
	- flessione al dolore (lenta, distonica: risposta decorticata)	3	3
	- retrazione dal dolore (si ritrae rapidamente se viene applicato uno stimolo doloroso)	4	4
	- localizzazione del dolore (cerca lo stimolo doloroso)	5	5
	- in grado di obbedire ai comandi	6	6
Totale			

7 MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' -CONCETTO DI SE'	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
A) Ci sono o ci sono state delle modifiche al suo corpo che le hanno creato dei problemi?	
B) Riferisce ansia/paura/ preoccupazioni sullo stato di salute no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> specificare: che cosa la aiuta? _____ che cosa peggiora le sue ansie/paure/preoccupazioni _____	diagnosi infermieristiche
C) Nella vita quotidiana si sente in grado di affrontare le situazioni anche difficili che si presentano anche in conseguenza delle sua malattia?	
D) Ha mai sentito di perdere la speranza?	

8 MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Ritiene di avere buone capacità di adattamento? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> quali sono le situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi (patologie, farmaci, situazioni altro) _____	diagnosi infermieristiche
Personale di riferimento in grado di aiutarla _____ Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno _____ altro _____	

9 MODELLO DI SESSUALITA' - RIPRODUZIONE	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Se donna (se appropriato)	diagnosi

Ultima mestruazione: in menopausa <input type="checkbox"/> In gravidanza: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> Utilizzo contraccezione EP <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se uomo (se appropriato) : disturbi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> riferibili a <input type="checkbox"/> effetti collaterali dei farmaci <input type="checkbox"/> problemi di salute <input type="checkbox"/> interventi <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____ ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> _____ altro _____	infermieristiche
--	------------------

10 MODELLO RUOLO – RELAZIONI	non valutabile <input type="checkbox"/>	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Stato civile: Occupazione:..... Struttura della famiglia (moglie/marito/figli/nipoti ecc.) _____ La sua famiglia dipende da lei per qualcosa INDICARE _____ Ha amici? SI NO Le capita mai di sentirsi solo? SI NO Sistema di supporto: coniuge <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> parenti <input type="checkbox"/> altra persona <input type="checkbox"/> _____ nessuno <input type="checkbox"/> Vive in famiglia <input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> in struttura <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____ Persona di riferimento da contattare _____ Altro _____	Problemi /diagnosi infermieristiche	

11 MODELLO DI VALORI – CONVINZIONI	non valutabile <input type="checkbox"/>	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Cosa è importante nella sua vita? _____ La religione è importante nella sua vita? _____ Cosa la aiuta quando insorgono difficoltà? _____ _____ _____	Problemi /diagnosi infermieristiche	

ALTRE OSSERVAZIONI E RILIEVI RITENUTI UTILI:

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE IN ORDINE DI PRIORITA' (max 3)

1. _____
2. _____
3. _____

1. DIAGNOSI INFERMIERISTICA:

_____ correlato a _____

che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC

Indicatori (risultato atteso misurabile) _____

Interventi (NIC)	RAZIONALE SCIENTIFICO

2. DIAGNOSI INFERMIERISTICA:

_____ correlato a _____

che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC

Indicatori (risultato atteso misurabile)

Interventi (NIC)	RAZIONALE SCIENTIFICO

--

3. DIAGNOSI INFERMIERISTICA:

_____ correlato a _____

che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC

Indicatori (risultato atteso misurabile) _____

Interventi (NIC)	RAZIONALE SCIENTIFICO
