

Istruzioni per compilazione del caso clinico-assistenziale bambino

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) e i PROBLEMI COLLABORATIVI.
5. Individuare 3 diagnosi infermieristiche prioritarie ed enunciarle secondo la tassonomia NANDA, n. 3 problemi collaborativi (CP) principali
6. Riportare i relativi NOC E NIC per ogni diagnosi infermieristica precedentemente rilevata
7. Indicare i risultati ottenuti nella valutazione.

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 sessualità 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

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO PEDIATRICO

STUDENTE	Data	Dati raccolti in
DATI FORNITI DA...	☐ direttamente dalla persona ricoverata ☐ altro (specificare)	☐ da mamma/papà

DATI GENERALI

A) PAZIENTE (INIZIALI)	Età: anni	mesi	Sesso ☐ M ☐ F
B) FREQUENTA...	☐ nido ☐ materna ☐ elementare ☐ DMI ☐		
C) PADRE	Età _____ ☐ studente ☐ attesa occupaz. ☐ pensionato lavoratore ² ☐ in proprio ☐ dipendente _____ Titolo studio _____		
D) MADRE	Età _____ ☐ studente ☐ attesa occupaz. ☐ pensionato lavoratore ☐ in proprio ☐ dipendente _____ Titolo studio _____		
E) DATA RICOVERO	F) N° giorni ricovero		
G) PROVENIENZA	☐ da casa ☐ abita con _____ ☐ altro (spec.) _____		
H) MOTIVO DEL RICOVERO			
I) SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ³			
J) ANAMNESI MEDICA REMOTA			

1 – MODELLO DI PERCEZIONE/ GESTIONE DELLA SALUTE

A) IN GENERALE, QUAL È LO STATO DI SALUTE DI SUO FIGLIO/A?

B) QUAL È LO STATO DI SALUTE DI SUO FIGLIO/A ATTUALMENTE?

C) QUALI SONO LE COSE PIÙ IMPORTANTI CHE FA PER MANTENERE IN SALUTE SUO FIGLIO/A?

D) PERCHÉ SUO FIGLIO/A È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE?

E) QUALE TRATTAMENTO STA RICEVENDO SUO FIGLIO/A? PENSA CHE SIA UTILE? CONOSCE LO SCOPO?

F) SUO FIGLIO/A È MAI STATO RICOVERATO PRIMA? PERCHÉ? COME È STATA QUELL'ESPERIENZA PER LEI E SUO FIGLIO?

G) COSA SI ASPETTA DA QUESTO RICOVERO?

H) PREVEDE QUALCHE PROBLEMA PER LA CURA DEL BIMBO A CASA? SE SÌ, QUALI?

I) ALLERGIE (farmaci, cibo, cerotti, tinture)	☐ no ☐ sì (spec.)
	Tipo di reazione

J) TERAPIA: compilare la tabella sottostante

[illegible]

Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) - CADUTE DEL BAMBINO OSPEDALIZZATO

PARAMETRO	CRITERIO	SCORE
ETA'	Minore di 3 anni	4
	Compresa tra il 3° anno compiuto ed il 7° non compiuto	3
	Compresa tra il 7° anno compiuto ed il 13° anno non compiuto	2
	Superiore o uguale a 13 anni	1
SESSO	MASCHIO	2
	FEMMINA	1
DIAGNOSI	PATOLOGIA NEUROLOGICA	4
	ALTERAZIONI DELL'OSSIGENAZIONE(PATOLOGIA RESPIRATORIA, DISIDRATAZIONE, ANEMIA, ANORESSIA, SINCOPE/VERTIGINE)	3
	DISORDINE PSCHICI /COMPORTAMENTALI	2
	ALTRE DIAGNOSI	1
DEFICIT COGNITIVI	NON CONSAPEVOLE DELLE LIMITAZIONI	3
	DIMENTICA LE LIMITAZIONI	2
	ORIENTATO	1
FATTORI AMBIENTALI	STORIE DI CADUTE DAL LETTO	4
	IL BAMBINO UTILIZZA SUPPORTI O AUSILI PER MUOVERSI O E' POSIZIONATO IN UNA CULLA, CI SONO MOBILI NELLA STANZA O DISPOSITIVI DI ILLUMINAZIONE TRA I LETTI (NEL CASO LA STANZA OCCUPI 3 PAZIENTI)	3
	PAZIENTE POSIZIONATO A LETTO	2
	IL PAZIENTE IN VISITA AMBULATORIALE	1
RISPOSTA ALLA SEDUTA CHIRURGICA/ANESTESIOLOGICA/SEDAZIONE	ENTRO LE PRIME 24 ORE	3
	ENTRO LE PRIME 48 ORE	2

	OLTRE 48 ORE/ NESSUNO	1
TERAPIA FARMACOLOGICA	UTILIZZO COMBINATO DI PIU' FARMACI DEI SEGUENTI: ▪ SEDATIVI (FATTA ESCLUSIONE PER PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA SEDATI) ▪ IPNOTICI ▪ BARBITURICI ▪ FENOTIAZINE ▪ ANTIDEPRESSIVI ▪ LASSATIVI/DIURETICI ▪ NARCOTICI	3
	USO DI UNO DEI FARMACI SOPRA MENZIONATI	2
	ALTRI FARMACI/NESSUN FARMACO	1

PUNTEGGIO _____ (DATA) _____

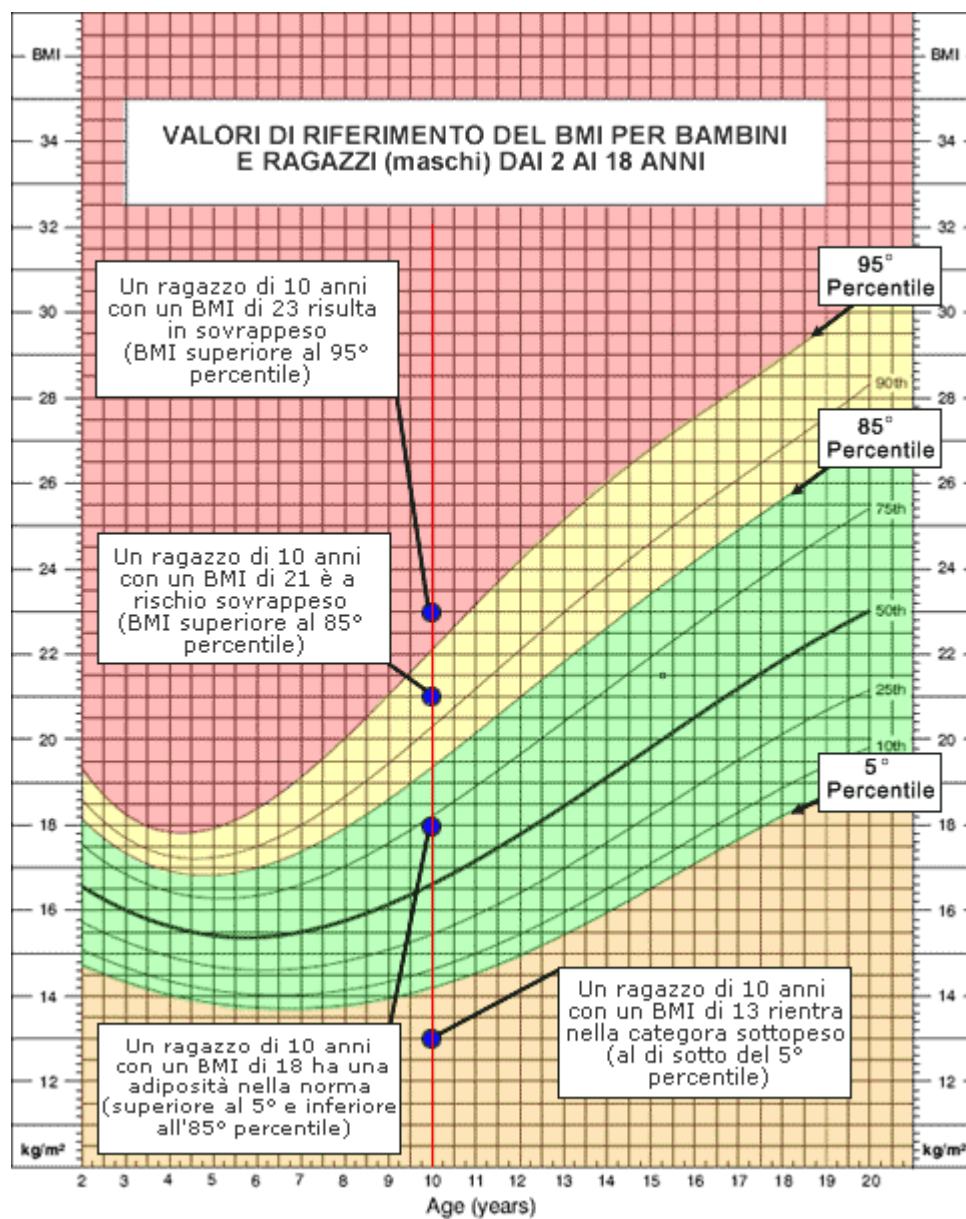
BASSO RISCHIO PUNTEGGIO 7 – 11

ALTO RISCHIO 12 O PIU'

2 – MODELLO DI ATTIVITÀ/ESERCIZIO FISICO	
A) QUANDO HA COMINCIATO SUO FIGLIO/A A CAMMINARE DA SOLO?	
B) SUO FIGLIO/A PRATICA QUALCHE SPORT? ☐ no ☐ sì (spec.)	
C) LEI HA DELLE PREOCCUPAZIONI SULLE CAPACITÀ DI SUO FIGLIO/A PER LE ATTIVITÀ FISICHE? ☐ no ☐ sì (spec.)	
D) SUO FIGLIO/A RIESCE AD AFFERRARE LE COSE, A USARE LE DITE PER PRENDERE OGGETTI, A MANEGGIARLI CORRETTAMENTE? ☐ sì ☐ no (spec.)	
E) LEI HA DELLE PREOCCUPAZIONI SULLE CAPACITÀ DI SUO FIGLIO/A USARE LE MANI? ☐ no ☐ sì (spec.)	
F) INDIPENDENZA RAGGIUNTA	Nel mangiare ----- ☐ sì ☐ no (spec.) _____ Nell'eliminazione - ☐ sì ☐ no (spec.) _____ Nel vestirsi ----- ☐ sì ☐ no (spec.) _____ Nel lavarsi ----- ☐ sì ☐ no (spec.) _____

3 – MODELLO DI NUTRIZIONE METABOLICA

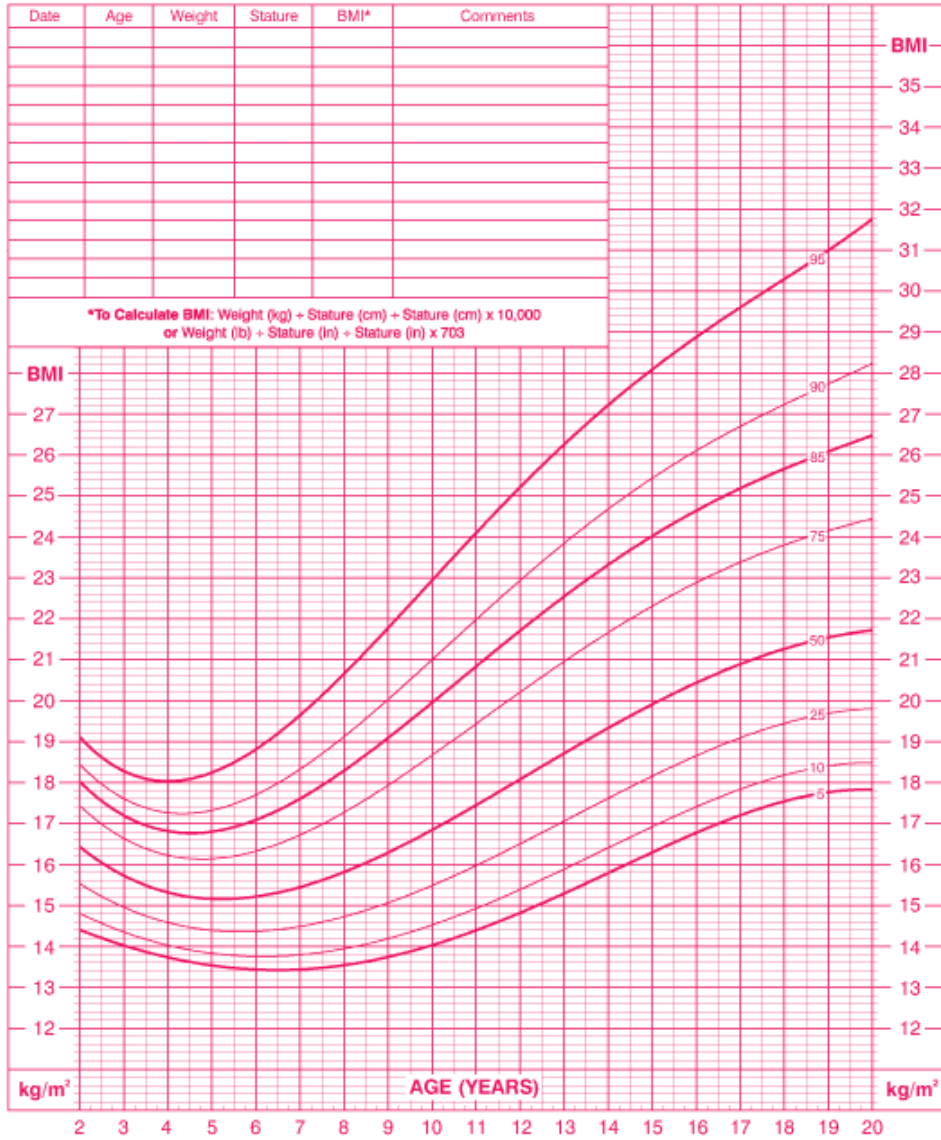
A) MANGIA...	☐ naturalmente ☐ artificialmente ☐ parenterale ☐ enterale
B) NEGLI ULTIMI TEMPI MANGIA CON APPETITO?	☐ sì ☐ abbastanza ☐ poco ☐ senza appetito
C) DI SOLITO, COSA MANGIA E BEVE GIORNALMENTE?	Colazione _____ Pranzo _____ Cena _____ Spuntini n° con _____ Tipo di bevande ai pasti _____ DEFINIRE LA QUANTITÀ GIORNALIERA DEI SEGUENTI ALIMENTI Dolciumi _____ Patatine, pizzette _____ Bevande gasate _____
D) IN UN MESE QUANTE VOLTE ANDATE IN PIZZERIA/FAST FOOD... E COSA ORDINATE?	
E) IL BIMBO HA PREFERENZE ALIMENTARI?	☐ no ☐ sì (spec.)
F) CI SONO ALIMENTI CHE NON GRADISCE?	☐ no ☐ sì (spec.)
G) È SOGGETTO A LIMITAZIONI DIETETICHE?	☐ no ☐ sì (spec.)
H) È PREOCCUPATA PER L'APPETITO, IL COMPORTAMENTO ALIMENTARE O LA DIETA DI SUO FIGLIO/A? (SE SÌ, SPEC.)	
I) LA CICATRIZZAZIONE DI UNA FERITA È...	☐ buona ☐ con problemi (spec.)
J) HA PROBLEMI ALLA MUCOSA ORALE?	☐ no ☐ sì (spec.)
K) HA PROBLEMI CUTANEI (LESIONI, SECCHEZZA)?	☐ no ☐ sì (spec.)
L) BMI (VEDI PERCETILI DI CRESCITA DA 2 – 20 ANNI)	Peso/altezza in m2 _____ Percentile _____



2 to 20 years: Girls
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/16/05).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

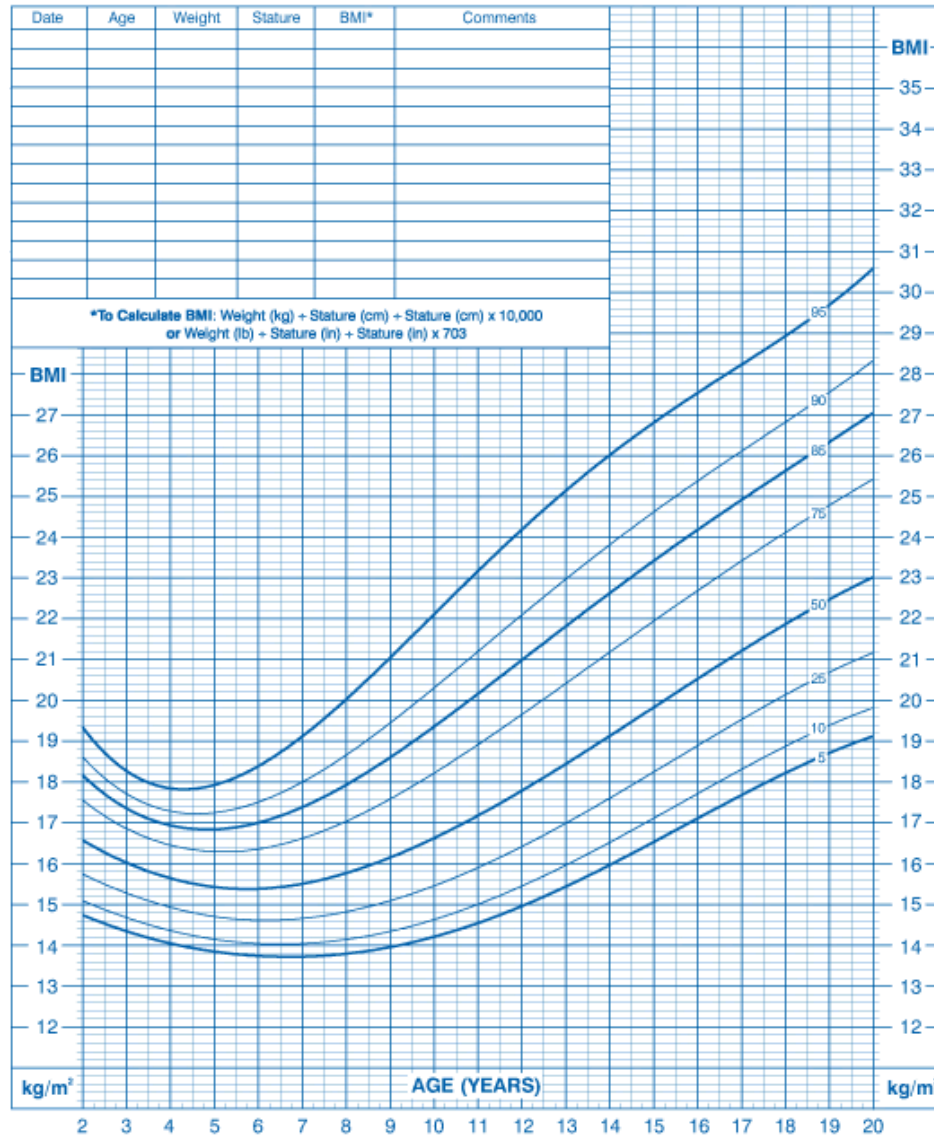


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2 to 20 years: Boys
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

4 – MODELLO DI ELIMINAZIONE

A) ABITUDINI INTESTINALI

N° EVACUAZIONI QUOTIDIANE _____ N° GG DA ULTIMA EVACUAZIONE ____ CONTROLLO SFINTERE ☐no ☐sì

CARATTERISTICHE DELLE FECI _____

USO DI CLISTERI, SUPPOSTE, LASSATIVI ☐no ☐sì (spec. frequenza e come la mamma decide che è necessario) _____

DA SEGNALARE (SITUAZIONE PRECEDENTE DIVERSA DALL'ATTUALE, NOTE...)

B) ABITUDINI URINARIE

CONTROLLO SFINTERE ☐no ☐sì EVENTUALI PROBLEMI _____

PROBLEMI ☐enuresi ☐disuria ☐minzione per rigurgito ☐oliguria ☐poliuria
☐ritenzione ☐cateterismo ☐intermittente ☐permanente

DA SEGNALARE (SITUAZIONE PRECEDENTE DIVERSA DALL'ATTUALE, NOTE...)

5 – MODELLO DI RIPOSO/SONNO

A) QUANTE ORE DORME NELLE 24 ORE? Totale _____ notte _____ pisolini diurni _____

B) NORMALI ABITUDINI	Ora di andare a letto _____
	Ora del pisolino _____
	Rituali (es. fiabe, bevande) _____
	Oggetti che danno sicurezza _____

C) PRESENTA UNO DI QUESTI PROBLEMI?	Difficoltà ad addormentarsi ☐ no ☐ sì	NOTE
	Rifiuto ad andare a letto ---- ☐ no ☐ sì	
	Incubi, paure notturne----- ☐ no ☐ sì	
	Risvegli nella notte----- ☐ no ☐ sì	

6 – MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO

A) COME SI COMPORTA A SCUOLA? SONO STATI RILEVATI PROBLEMI SUI RISULTATI SCOLASTICI (SE SÌ, QUALI)?

B) STATO MENTALE	☐ vigile ☐ orientato ☐ confuso ☐ aggressivo ☐ incosciente ☐ altro (spec)
C) LINGUAGGIO	☐ normale ☐ pronuncia indistinta ☐ con interruzione
D) LINGUA PARLATA DAL BIMBO	☐ italiano ☐ altro (spec)
E) CAPACITÀ DI ESPRIMERSI	☐ buona ☐ discreta ☐ scarsa ☐ assente
F) CAPACITÀ DI COMPRENDERE	☐ buona ☐ discreta ☐ scarsa ☐ assente
G) CAPACITÀ DI INTERAGIRE	☐ buona ☐ discreta ☐ scarsa ☐ assente
H) UDITO	☐ normale ☐ ridotto ☐ sordità ☐ app.acustico
I) VISTA	☐ normale ☐ ridotta ☐ cecità ☐ uso di lenti
J) DOLORE	☐ assente ☐ acuto ☐ cronico Descrizione (sede, tipo, frequenza)

7 – MODELLO DI PERCEZIONE DEL SÉ/CONCETTO DI SÉ

A) COME SI SENTE RISPETTO ALLA MALATTIA DI SUO FIGLIO/A? COSA LA PREOCCUPA DI PIÙ?

B) **(AL BIMBO)** COME TI SENTI RISPETTO ALLA MALATTIA? COSA TI PREOCCUPA DI PIÙ?

C) **(AL BIMBO)** COSA PROVI RIGUARDO A TE STESSO?

8 – MODELLO DI RUOLO E RELAZIONI

A) A QUANTI ANNI HA COMINCIATO IL BIMBO A DIRE QUALCHE PAROLA?		
B) IL BIMBO USA UN LINGUAGGIO APPROPRIATO ALLA SUA ETÀ? ☐ sì ☐ no (spec.)		
C) HA QUALCHE PREOCCUPAZIONE SULLO SVILUPPO O SULLE CARATTERISTICHE DEL LINGUAGGIO? ☐ no ☐ sì (spec.)		
D) QUALE LINGUA SI PARLA IN CASA?		
E) COME E COMPOSTA LA FAMIGLIA IN CUI VIVE IL BIMBO ?		
F) VI SONO PROBLEMI FAMILIARI (es.finanziari, coniugali)? ☐ no ☐ sì (spec.)		
G) RAP- PORTI COI COETA- NEI	◆ Gioca con altri bimbi? Qualità del gioco (es. solitario, aggressivo, interattivo)? _____ ◆ Ha un amico/a del cuore ----- ☐ sì ☐ no ◆ Appartiene a una “compagnia” ----- ☐ sì ☐ no ◆ Preferisce compagni ☐ coetanei ☐ più piccoli ☐ più grandi ◆ Ha compagni di gioco immaginari --- ☐ sì ☐ no	NOTE
H) LEI HA DELLE PREOCCUPAZIONI RIGUARDO ALLE RELAZIONI DI SUO FIGLIO/A CON GLI ALTRI? (se sì spec.)		

9– MODELLO DI SESSUALITÀ E RIPRODUZIONE

(SOLO SE LA SITUAZIONE LO CONSENTE E PREVIO ESPlicito ASSENSO)

A) SUO FIGLIO DIMOSTRA INTERESSE PER LA SESSUALITÀ? COSA PROVA LEI AL RIGUARDO? COME GESTISCE LE CURIOSITÀ?	
B) PER ADO- LESCENTI	Conoscenza delle funzioni sessuali _____ Attività sessuale _____ Uso di contraccettivi _____ Storia di gravidanza _____ Sentimenti per l'altro sesso _____

10 – MODELLO DI ADATTAMENTO E TOLLERANZA ALLO STRESS

A) LEI COME PRENDE DECISIONI? (es. da solo, con ...)
B) NELL'ULTIMO ANNO SONO AVVENUTE PERDITE O CAMBIAMENTI NELLA SUA VITA O DI SUO FIGLIO/A? ☐ no ☐ sì (spec)
C) C'È QUALCUNO CHE L'AIUTA NEI MOMENTI IMPORTANTI O CRITICI? ☐ no ☐ sì (spec)
D) COME GESTISCE LA CURA DI SUO FIGLIO, DELLA CASA E LE ALTRE RESPONSABILITÀ?
E) (PER ADOLESCENTI) COME GESTISCI I COMPITI, GLI SPORT E LE ALTRE ATTIVITÀ?
F) COSA PUÒ FARE IL PERSONALE INFERMIERISTICO PER AIUTARVI DURANTE QUESTO RICOVERO?

SCALA CEMS – VALUTAZIONE ANSIA BAMBINO

Espressione facciale					
vocalizzazione	non piange	occhi bagnati	piagnucola	piange	forte pianto e urla
attività	calmo	fa il labbrino	irritabile	irrequieto	agitato
interazione	interazione verbale	solo risposte non verbali	evita di interagire	leggera protesta verbale	forte protesta verbale
cooperazione	partecipa attivamente	partecipazione passiva	indifferente	estrema resistenza	atteggiamento distruttivo

Come si usa la CEMS: per ognuna delle 5 variabili si può assegnare un punteggio da 1 a 5. Il punteggio complessivo varia perciò da 5 a 25. Si osserva il bambino per tutta la procedura e, subito dopo il termine di essa, l'operatore assegna i punteggi.

PUNTEGGIO TOTALE _____

11 –VALORI E CONVINZIONI

A) APPARTIENE A QUALCHE CREDO RELIGIOSO? ☐no ☐sì (*spec.*)

B) C'È UN RELIGIOSO O UNA PRATICA CHE DESIDEREREBBE DURANTE IL RICOVERO DI SUO FIGLIO? ☐no ☐sì (*spec.*)

ESAME OBIETTIVO

MISURARE

ALTEZZA (CM.)	PESO (KG)	TEMPERATURA CORPOREA ESTERNA (°C)
POLSO ☐ regolare ☐ irregolare ☐ sottile ☐ pieno	PAOS (mm./Hg)	
FREQ.RESPIRATORIA/MIN. ☐ dispnea ☐ polipnea ☐ tosse ☐		

OSSERVARE

APPARATO TEGUMENTARIO (CUTE E MUCOSE)

COLORITO CUTANEO				
	NO	SI	SEDE	DESCRIZIONE
SECCHENZA				
EDEMI				
ARROSSAMENTI				
PRURITO				
LESIONI				

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

EQUILIBRIO / DEAMBULAZIONE ☐ stabile ☐ instabile				
FRATTURE ☐ no ☐ sì (dove?)				
PRESA DELLA MANO ☐ forte ☐ simmetrica ☐ asimmetrica (<i>specifica sotto</i>)				
	☐ debole a ds ☐ debole a sn ☐ paralisi ds ☐ paralisi sn			
MUSCOLI ARTI INF. ☐ forte ☐ simmetrica ☐ asimmetrica (<i>specifica sotto</i>)				
	☐ debole a ds ☐ debole a sn ☐ paralisi ds ☐ paralisi sn			

ALTRE LIMITAZIONI FUNZIONALI O OSSERVAZIONI

ANNOTAZIONI

DIFFICOLTÀ A POTER SVOLGERE L'ACCERTAMENTO

DIFFICOLTÀ RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

ALTRO

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

Valutazione: risultato finale

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

Valutazione: risultato finale

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

Valutazione: risultato finale

PROBLEMI COLLABORATIVI

C.P.: _____

C.P. _____

C.P. _____