



Università Politecnica delle Marche  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
SEDE DI ASCOLI PICENO  
a.a. 2024/2025

## DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA

Caso chirurgico

STUDENTE \_\_\_\_\_ anno di corso ()

PAZIENTE (iniziali) \_ \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Religione \_\_\_\_\_ Sesso M  F

U.O. \_\_\_\_\_ RICOVERATO il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Persona da contattare: \_\_\_\_\_ (Tel)

casa (autonomo)       PROVENIENZA: casa con parenti  struttura per  
lungodegenti altro

TIPO DI RICOVERO:  programmato  urgente  trasferito da

MODALITA' DI ARRIVO:  carrozzina per disabili  barella  autonomo

**DIAGNOSI MEDICA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSI RICOVERO PRECEDENTE:**

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**DIMESSO il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_**

Elencare eventuali interventi assistenziali da rivalutare entro il 30.mo giorno dalla dimissione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ALTRE INFORMAZIONI

### TERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE:

FARMACI	DOSAGGIO	ULTIMA DOSE	FREQUENZA
DOCUMENTAZIONE PERSONALE: <u>Referti esami ematochimici</u>			
_____			

### ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DI BASE

#### Secondo il MODELLO FUNZIONALE DI SALUTE DI M. GORDON

### 1. MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

#### CONSUMO DI:

Tabacco:  no  si  pipa  sigarette quantità \_\_\_\_\_

Alcool:  no  si tipo \_\_\_\_\_ quantità \_\_\_\_\_/die

Altre sostanze:  no  si tipo \_\_\_\_\_ uso \_\_\_\_\_

Allergie (farmaci, alimenti, cerotti, vernici, altro): \_\_\_\_\_ Tipo di dieta: \_\_\_\_\_

Attività sportiva: \_\_\_\_\_

### 2. MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO

Dieta speciale / supplementi:  no  si  integratori  Precedenti

Istruzioni dietetiche:  no  si

Appetito:  normale  aumentato  diminuito  gusto diminuito

nausea  vomito  stomatite

Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi:  no  si aumento  / perdita  di

Difficoltà di deglutizione (disfagia):  no  solidi  liquidi

NUTRIZIONE ARTIFICIALE:  NPT  NPP

NUTRIZIONE ENTERALE:  PEG  SNG

Protesi dentali:  superiore  parziale  completa

inferiore  parziale  completa

Anamnesi dermatologica/problemi di guarigione:  no  guarigione anormale

eruzione  secchezza  eccessiva sudorazione

Eventuali modificazioni: \_\_\_\_\_

### 3. MODELLO DI ELIMINAZIONE

Abitudini intestinali: frequenza evacuazioni/die \_\_\_\_\_  
caratteristiche feci \_\_\_\_\_ data dell'ultima evacuazione \_\_\_\_\_  
 incontinenza  stomia tipo \_\_\_\_\_  sacchetto uso di  
clisteri/lussativi  no  si altro \_\_\_\_\_

Abitudini urinarie: frequenza/die \_\_\_\_\_ caratteristiche urine \_\_\_\_\_  
 disuria  nicturia  bisogno impellente  ritenzione

Incontinenza:  no  si  totale  diurna  notturna  occasionale  
 difficoltà a rimandare la minzione  difficoltà a raggiungere il bagno

Ausili:  cateterismo intermittente  catetere permanente  stomia  
 mutande per incontinenti  altro \_\_\_\_\_

### 4. MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

#### CAPACITA' DI CURA DI SÉ

0= indipendente -1= ausili - 2= aiuto di altre persone - 3= aiuto di altre persone più ausili 4= dipendente/disabile

	0	1	2	3	4
Mangiare / bere					
Pulizie personali					
Vestirsi / cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					
Salire le scale					
Fare la spesa					
Cucinare					
Cura della casa					

Ausili:  no  stampelle  deambulatore  bastone  split/tutore  
 sedia a rotelle  altro \_\_\_\_\_ eventuali modificazioni \_\_\_\_\_

### 5. MODELLO SONNO - RIPOSO

Abitudini: ore/notte \_\_\_\_\_  pisolino pomeridiano  
Si sente riposato dopo il sonno  no  si

Problemi:  risveglio precoce  insonnia  altro \_\_\_\_\_  
Eventuali modificazioni: \_\_\_\_\_

## 6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO

Stato di coscienza:  vigile  saporoso  comatoso Orientamento:  orientato   
confuso  disorientato

Linguaggio:  normale  inceppato  ingarbugliato  afasia espressiva

Lingua parlata \_\_\_\_\_

Capacità di leggere l'italiano:  no  si

Capacità di comunicare:  no  si

Capacità di comprendere:  no  si

Capacità di integrazione:  no  si

Udito:  alterazioni  ipoacusia  sordità  destra  sinistra

Vertigini:  no  si

Malessere: tipo \_\_\_\_\_

---

## 7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SÉ- CONCETTO DI SÉ

Principali preoccupazioni (sull'ospedalizzazione o malattia, altro): \_\_\_\_\_

---

Livello di ansia:  lieve  moderata  grave

Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno: \_\_\_\_\_

---

## 8. MODELLO RUOLO – RELAZIONI

Stato civile: \_\_\_\_\_

Occupazione: \_\_\_\_\_

Sistema di supporto:  coniuge  figli  parenti  vicini-amici  
 nessuno  vive in famiglia  altro \_\_\_\_\_

## 9. MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE

Ultima mestruazione: \_\_\_\_\_ In gravidanza:  no  si con  
figli \_\_\_\_\_

Problemi mestruali:  no  si \_\_\_\_\_

## 10. MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS

Principali preoccupazioni (sull'ospedalizzazione o malattia, altro): \_\_\_\_\_

---

Livello di ansia:  lieve  moderata  grave

Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno: \_\_\_\_\_

# 11. MODELLO DI VALORI – CREDENZE

Religione: \_\_\_\_\_

Restrizioni legate alla religione:  no  si specificare \_\_\_\_\_

## ESAME FISICO (obiettivo)

### DATI ANTROPOMETRICI:

Razza \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ cm.; Peso \_\_\_\_\_ Kg.; B.M.I \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

grave magrezza  sottopeso  normopeso  sovrappeso

obesità lieve  obesità media  obesità grave

## APPARATO RESPIRATORIO – CIRCOLATORIO

Frequenza respiratoria: \_\_\_\_\_/min. Respirazione Spontanea  si  no

Posizione:  supina  ortopnoica  semi-ortopnoica  altro \_\_\_\_\_

Qualità del respiro:  eupnoico  dispnea da sforzo  dispnea a riposo  
 ventilazione meccanica  tracheostomia  altro \_\_\_\_\_

Ossigeno terapia:  occhialini  maschera  altro  Lt/min. \_\_\_\_\_

Tosse  no  si descrivere \_\_\_\_\_

Polso: \_\_\_\_\_/min. Ritmo:  regolare  irregolare

Polso dorsale del piede destro:  forte  debole  assente

Polso dorsale del piede sinistro:  forte  debole  assente

Pressione arteriosa: \_\_\_\_\_ mm/Hg; Temperatura \_\_\_\_\_ °C; Sao<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

## SISTEMA METABOLICO – TEGUMENTARIO

CUTE Colorito:  pallido  cianotico  itterico  altro \_\_\_\_\_

Temperatura:  fredda  calda sede \_\_\_\_\_

Edemi:  no  si descrizione/sede \_\_\_\_\_

Lesioni/ferite chirurgiche:  no  si descrizione/sede \_\_\_\_\_ Contusioni:  n e s s u n a  si  
descrizione/sede: \_\_\_\_\_

Arrossamenti:  no  si descrizione/sede \_\_\_\_\_ Prurito:  no  si descrizione/sede \_\_\_\_\_

CAVO ORALE:  arrossamenti  lesione  altro

## ADDOME

Suoni intestinali:  presenti  assenti  altro \_\_\_\_\_

Sonde:  d r e n a g i  cateteri specificare \_\_\_\_\_

## SISTEMA NEURO – SENSORIALE

Pupille:  isocoria  anisocoria  destra  sinistra

Reattività alla luce: destra  si  no specificare \_\_\_\_\_

sinistra  si  no specificare \_\_\_\_\_

Occhi:  normali  con secrezioni  arrossati  altro \_\_\_\_\_

## APPARATO MUSCOLO – SCHELETRICO

Escursione articolare:  completa altro \_\_\_\_\_

Equilibrio e andatura:  stabile  instabile

Presenza delle mani:  debolezza  paralisi  destra  sinistra

Muscoli arti inferiori:  debolezza  paralisi  destra  sinistra

**ACCERTAMENTO DI BASE:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ACCERTAMENTO MIRATO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ENUNCIAZIONI DIAGNOSTICHE**

<b>1. D.I. DEFINIZIONE</b>	<b>A.P.</b>	
Caratteristiche Definenti		
Fattori Correlati		
<b>2. D.I. DEFINIZIONE</b>	<b>M.P.</b>	
Caratteristiche Definenti		
Fattori Correlati		
<b>3. D.I. DEFINIZIONE</b>	<b>B.P.</b>	
Caratteristiche Definenti		
Fattori Correlati		
<b>4. D.I. DI RISCHIO</b>		
Caratteristiche Definenti		
Fattori Correlati		
<b>5. P.C. PROBLEMI COLLABORATIVI</b>		
Enunciazione		
Segni e Sintomi		
Monitoraggio		





## SCALA DI CONLEY, valutazione del rischio caduta

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		Si	NO	Data _____	Data _____	Data _____
1	E 'caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0	Interventi: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> altro _____	Interventi: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> altro _____	Interventi: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> altro _____
2	Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0			
3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0			
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)						
4	Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0			
5	Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	2	0			
6	Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0			
Valori <b>tra 0 e 1</b> indicano un <b>rischio minimo</b> di caduta; Valori <b>tra 2 e 10</b> indicano, in progressione, un <b>rischio di caduta da basso ad alto</b> . Il punteggio <b>uguale o superiore a 2</b> (punteggio di <b>cut-off</b> ) identifica un paziente in condizione di <b>rischio</b> .		TOTALE		___/10	___/10	___/10





### Scheda Gestione Accesso Venoso

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>				<b>Data di nascita:</b> ___/___/_____
<b>Device:</b>		<b>Materiale:</b>		<b>Lateraltà:</b>		<b>CH:</b>
<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Numero di Tentativi di posizionamento</b>	<b>Medicazione:</b>	<b>Irrigazione:</b>	<b>Attività infermieristiche:</b>		<b>Firma leggibile</b>
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito*	*Score: _____	
<b>Ora:</b> ___:___	_____	<input type="checkbox"/> Cerotto Garzato	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sostituzione device	Quali: _____	
		<input type="checkbox"/> Altro	ML: _____	<input type="checkbox"/> Rimozione	<input type="checkbox"/> Tampone colturale	
<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Numero di Tentativi di posizionamento</b>	<b>Medicazione:</b>	<b>Irrigazione:</b>	<b>Attività infermieristiche:</b>		<b>Firma leggibile</b>
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito*	*Score: _____	
<b>Ora:</b> ___:___	_____	<input type="checkbox"/> Cerotto Garzato	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sostituzione device	Quali: _____	
		<input type="checkbox"/> Altro	ML: _____	<input type="checkbox"/> Rimozione	<input type="checkbox"/> Tampone colturale	
<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Numero di Tentativi di posizionamento</b>	<b>Medicazione:</b>	<b>Irrigazione:</b>	<b>Attività infermieristiche:</b>		<b>Firma leggibile</b>
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito*	*Score: _____	
<b>Ora:</b> ___:___	_____	<input type="checkbox"/> Cerotto Garzato	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sostituzione device	Quali: _____	
		<input type="checkbox"/> Altro	ML: _____	<input type="checkbox"/> Rimozione	<input type="checkbox"/> Tampone colturale	
<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Numero di Tentativi di posizionamento</b>	<b>Medicazione:</b>	<b>Irrigazione:</b>	<b>Attività infermieristiche:</b>		<b>Firma leggibile</b>
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito*	*Score: _____	
<b>Ora:</b> ___:___	_____	<input type="checkbox"/> Cerotto Garzato	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sostituzione device	Quali: _____	
		<input type="checkbox"/> Altro	ML: _____	<input type="checkbox"/> Rimozione	<input type="checkbox"/> Tampone colturale	
<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Numero di Tentativi di posizionamento</b>	<b>Medicazione:</b>	<b>Irrigazione:</b>	<b>Attività infermieristiche:</b>		<b>Firma leggibile</b>
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito*	*Score: _____	
<b>Ora:</b> ___:___	_____	<input type="checkbox"/> Cerotto Garzato	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Sostituzione device	Quali: _____	
		<input type="checkbox"/> Altro	ML: _____	<input type="checkbox"/> Rimozione	<input type="checkbox"/> Tampone colturale	

## Scala di Glasgow

<b>Occhi</b>	Aperti	spontaneamente	<b>4</b>
		Al comando verbale	<b>3</b>
		Allo stimolo doloroso	<b>2</b>
	Nessuna risposta		<b>1</b>
<b>Risposta verbale</b>	Ottenuta anche sollecitando il paziente con stimoli dolorosi	Conversazione orientata	<b>5</b>
		Frase confuse	<b>4</b>
		Parole sconnesse	<b>3</b>
		Suoni incomprensibili	<b>2</b>
		Nessuna risposta	<b>1</b>
<b>Risposta motoria</b>	Al comando verbale Allo stimolo doloroso (ottenuto premendo con le nocche delle dita sullo sterno)	obbedisce	<b>6</b>
		Localizza il dolore	<b>5</b>
		Risposta in flessione	<b>4</b>
		Retrazione Flessione abnorme (rigidità decorticata)	<b>3</b>
		Estensione (rigidità decerebrata)	<b>2</b>
		Nessuna risposta	<b>1</b>

Il PUNTEGGIO varia tra 3 e 15 (3 corrisponde allo stato comatoso più grave-15 allo stato di coscienza normale)

### SCHEMA DI VALUTAZIONE DELLA DEGLUTIZIONE – TEST DELL'ACQUA (WATER SWALLOW TEST)

Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma
Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma
Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma

Legenda: **POSITIVO ---○ PRESENZA TOSSE, ANCHE TARDIVA, VOCE GORGOGLIANTE, RESIDUI DI CIBO IN BOCCA.ecc**

SCALA DI BARTHEL				Date rilevazioni		
Funzioni esaminate	no	Con aiuto	Indip.			
1) Mangiare (se bisogna tagliare il cibo)	0	5	10			
2) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15			
3) Eseguire la toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, ecc.)	0	0	5			
4) Sedersi ed alzarsi dal WC (togliersi gli indumenti, pulirsi, ecc.)	0	5	10			
5) Fare il bagno	0	0	5			
6) Camminare piano (spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0	10	15			
		(0	5)			
7) Salire e scendere le scale	0	5	10			
8) Vestirsi (incluso infilarsi e allacciarsi le scarpe)	0	5	10			
9) Controllare la defecazione	0	5	10			
10) Controllare la minzione	0	5	10			
NB il soggetto che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerato dipendente in quella funzione	<b>INDICE DI BARTHEL = 100</b>					

### SIMULAZIONE DEL BILANCIO IDRICO delle 24 ore

DATA	6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	TOTALE	
<b>ENTRATE</b>	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Alimentazione **				
	Varie				
	<b>Totale</b>	+	+	+	+
<b>USCITE</b>	Urine				
	Feci ***				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio insensibilis				
	<i>Perspiratio per TC &gt;37°C *</i>				
	Drenaggi				
	Varie				
	<b>Totale</b>	-	-	-	-
<b>BILANCIO DELLE 24 ORE</b>				+/-	

DATA	6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	TOTALE	
<b>ENTRATE</b>	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Alimentazione **				
	Varie				
	<b>Totale</b>	+	+	+	+
<b>USCITE</b>	Urine				
	Feci ***				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio insensibilis				
	<i>Perspiratio per TC &gt;37°C *</i>				
	Drenaggi				
	Varie				
	<b>Totale</b>	-	-	-	-
<b>BILANCIO DELLE 24 ORE</b>				+/-	

Legenda: \* Calcolo della perspiratio:  $(0,5 \text{ ml} \times \text{Kg} \times \text{h}) + (0,1 \text{ ml} \times \text{Kg} \times \text{h})$  per ogni grado di  $\text{TC} > 37^\circ\text{C}$  -  
(I valori di riferimento possono subire variazione in base alla bibliografia più accreditata)

\*\* Calcolo dell'acqua contenuta negli alimenti [http://www.inran.it/646/tabelle\\_di\\_composizione\\_degli\\_alimenti.html](http://www.inran.it/646/tabelle_di_composizione_degli_alimenti.html)

\*\*\* Relazione all'XI Congresso Nazionale FADOI, Workshop "Approccio clinico al paziente con ipersodiemia  
(Sgambato et al. 2006)

Quantità d'acqua eliminata ad ogni evacuazione ca. 250-250 ml – Rif. Guida per la Nutrizione Parenterale Domiciliare ASL 14 Piemonte

## Scheda Preoperatoria

ALL'INGRESSO, data \_\_\_\_\_

Diagnosi di ingresso: \_\_\_\_\_

Intervento a cui si sottopone: \_\_\_\_\_

Patologie concomitanti:  Diabete  BPCO  Scompenso cardiaco

Patologie Cardiache  Patologie Vascolari

Terapia farmacologia domiciliare antiaggregante/anticoagulante:

ASA  Clopidogrel  Ticlopidina

warfarin  NAO  ebpm  Fondaparinux

altro \_\_\_\_\_

Sospeso il giorno: \_\_\_\_\_

ALLERGIE  lattice  anestetici  altro \_\_\_\_\_

È in possesso di:

esami ematici

consulenza anestesiologicala

consenso informato

informazioni su malattia e decorso

altro \_\_\_\_\_

Riguardo l'intervento:

Sede di intervento:  addome  torace  collo  mammella dx o sx

arti superiori/cavo ascellare  arti inferiori

femore  anca  gomito  spalla  polso  ginocchio

altro \_\_\_\_\_

Tipologia:

pulito  pulito-contaminato  contaminato  sporco/infetto

Svolgimento dell'intervento:  elezione  urgenza  emergenza

Il medico ha stimato perdite ematiche > 500ml?

no  si  richieste n° \_\_\_\_\_ emazie concentrate

Il giorno dell'intervento: data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Check list preoperatoria:

identificazione attiva del paziente

identificazione attiva della sede chirurgica e marcatura da parte del 1°/2° operatore

presenza del consenso informato per  chirurgia  anestesia  trasfusioni ematiche

L'utente esprime il desiderio di dare informazioni a: \_\_\_\_\_

Preparazione dell'utente:

doccia pre operatoria

tricotomia in sede \_\_\_\_\_

preparazione intestinale  non necessaria  lassativi dal  clisma

evacuativo

Rimozione:  orecchini  occhiali  bracciali  smalto  trucco  monili  dentiera

Indossa:

camice operatorio  cuffia  \_\_\_\_\_ altro

Posizionato pre intervento: \_\_\_\_\_ tipologia

CV data \_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_\_

CVC data \_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

CVP data \_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  SNG data \_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ riferimento \_\_\_\_\_

L'utente è stato educato a:

postura post-operatoria

gestione del dolore

tosse efficace  spirometro incentivante È

necessario pre intervento:

preanestesia con \_\_\_\_\_ somministrato ore \_\_\_\_\_

profilassi antibiotica con \_\_\_\_\_ somministrato ore \_\_\_\_\_

non somministrato

## Scheda Postoperatoria

### Al rientro dalla Sala Operatoria:

**Coscienza:**  Allert- Vigile  Verbal- Verbale  Pain-Dolore  Unresponsive- senza risposta

PA\_\_\_/\_\_\_; SPO2\_\_\_; O2\_\_\_; FC\_\_\_; FR\_\_\_; TC: Dolore  NRS\_\_\_  PAINAID; DIURESI; Drenaggio 1; Drenaggio  
2 \_\_\_\_\_

### Il pz al rientro è portatore di:

SNG: \_\_\_\_\_  CV:  Stomia  Ileostomia  colonstomia  urostomia

Drenaggio 1:  caduta  aspirazione.  Drenaggio 2:  caduta  aspirazione.  Drenaggio 3:  caduta  aspirazione

**Sede ferita chirurgica:**  addome  torace  collo  mammella dx o sx  arti superiori/cavo ascellare  arti inferiori  femore   
anca  gomito  spalla  polso  
 ginocchio  altro\_\_\_\_\_

**Caratteristiche medicazione:**  Sporca  Pulita  Bagnata  altro\_\_\_\_  Rinnovata medicazione al rientro

### Segni e Sintomi:

Dolore;  Posizione antalgica;  Nausea;  Vomito;  Cianosi  Periferica  Centrale;  Dispnea;  Utilizzo muscolatura accessoria;  
 Suoni respiratori.

**Firma**

## Scheda di monitoraggio della stomia

Data e ora di confezionamento stomia \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Tipo di stomia:  ileostomia;  ciecostomia;  colostomia destra;  trasversostomia;  colostomia sinistra;  sigmoidostomia  urostomia dx

urostomia sx

Durata programmata:  temporanea  definitiva

Funzione:  terminale  laterali o a doppia canna di fucile

Al ritorno dalla S.O la stomia ha:  placca di protezione  sacchetto trasparente senza filtro, svuotabile

altro \_\_\_\_\_

Per le prime 48 ore controllo almeno ogni 4 ore dello stoma:

Data e ora	Colore	Edema	Emorragia	Ischemia	Giunzione muco-cutanea	Firma
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> intatta <input type="checkbox"/> distacco	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	<input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante	<input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

## Scheda Monitoraggio ferita chirurgica (ASEPSIS)

1° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

2° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

3° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

4° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

5° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

6° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

7° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

Caratteri ferita	Porzione della ferita interessata (%)					
	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Essudato sieroso	0	1	2	3	4	5
Eritema	0	1	2	3	4	5
Essudato purulento	0	2	4	6	8	10
Deiscenza	0	2	4	6	8	10

8° medicazione, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Esame colturale : si no

### Prima settimana:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_

(punteggio totale prima settimana/n° di medicazioni) x 5= punteggio ASEPSIS

( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) x 5 = \_\_\_\_

### Follow-up a 15 gg (+ punteggio addizionale)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_

Punti addizionali dell'Asepsis Score	
terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione della ferita	10
Drenaggio in anestesia locale di pus	5
Isolamento batterico	10
Durata della degenza superiore a 14 giorni	5

\_\_\_\_ + \_\_\_\_ = \_\_\_\_

Sommando il punteggio ASEPSIS con i punti addizionali si ha la lettura nel seguente modo:

- da 0 a 10: guarigione soddisfacente;
- da 11 a 20: disturbo di guarigione;
- da 21 a 30: infezione minore della ferita;
- da 31 a 40: infezione moderata della ferita; maggiore di 40: infezione severa della ferita.

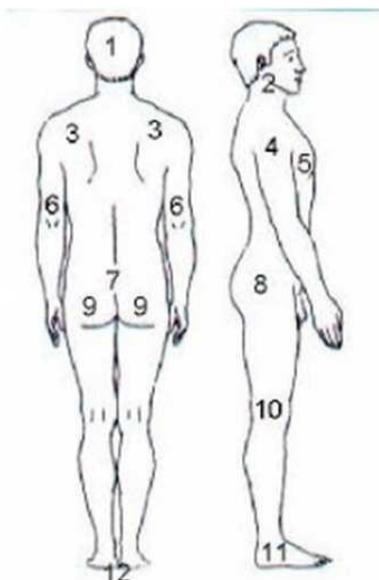




**DIAGNOSTICA ESAMI STRUMENTALI INERENTI** *(richiesti dal medico)*  
*Coerenti con il Piano Clinico Assistenziale*

ESAME	ESECUZIONE		DIGIUNO		Note: (premedicazioni, interventi Pre esame ecc.)	Firma
	Data	ora	si	no		
ECG						
Rx						
RMN						
TAC						
Gastroscopia						
Colonscopia						
Broncoscopia						
Cistoscopia						

# SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE



Cognome Nome \_\_\_\_\_

N° Letto \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data di ricovero \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ALTRO: 13.  14.
--------------------------

Presidi antidecubito all'entrata:

SI

NO

Data 1° Osservazione	NUMERO SEDE LESIONE (vedi figura)	GRADO LESIONE PRINCIPALE	FONDO LESIONE PRINCIPALE	MARGINI LESIONE PRINCIPALE	CUTE PERILESIONALE
/ /	Principale _____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° <input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta cm _____	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati <input type="checkbox"/> Frastagliati <input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Integra  <input type="checkbox"/> Arrossata  <input type="checkbox"/> Macerata
Lesione presente all'ingresso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Secondarie _____				

**Tipologia Medicazione (protocollo/procedura di riferimento \*):**

**Note sulle lesioni Secondarie:**

SCALA DI BRADEN					DATE RILEVAZIONI		
Variabili	4	3	2	1			
<b>Percezione sensoriale</b>	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata			
<b>Umidità</b>	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato			
<b>Attività</b>	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	allettato			
<b>Mobilità</b>	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità			
<b>Nutrizione</b>	eccellente	adeguata	Probabilmente inadeguata	Molto povera			
<b>Frizione e scivolamento</b>		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	problema			
<b>Rischio se inferiore o uguale a 16</b>			<b>Indice di Braden =</b>				

Totale punteggio all'ingresso \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE DATA: / /

NOME E COGNOME

N°LETTO\_

LESIONE	NUMERO SEDE LESIONE (vedi figura)	GRADO LESIONE PRINCIPALE	FONDO LESIONE PRINCIPALE	MARGINI LESIONE PRINCIPALE	CUTE PERILESIONALE
<input type="checkbox"/> Principale	_____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° <input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta cm_____	<input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (\*)

Totale punteggio Scala Braden \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE DATA: / /

NOME E COGNOME

N°LETTO

LESIONE	NUMERO SEDE LESIONE (vedi figura)	GRADO LESIONE PRINCIPALE	FONDO LESIONE PRINCIPALE	MARGINI LESIONE PRINCIPALE	CUTE PERILESIONALE
<input type="checkbox"/> Principale	_____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° <input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta cm_____	<input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (\*)

Totale punteggio Scala Braden \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE DATA: / /

NOME E COGNOME

N°LETTO

LESIONE	NUMERO SEDE LESIONE (vedi figura)	GRADO LESIONE PRINCIPALE	FONDO LESIONE PRINCIPALE	MARGINI LESIONE PRINCIPALE	CUTE PERILESIONALE
<input type="checkbox"/> Principale	_____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° <input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta cm	<input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (\*)

Totale punteggio Scala Braden

Firma \_\_\_\_\_

All. 1

**PROGETTO EDUCATIVO** \_\_\_\_\_

---

**rivolto al/la Sig./ra**

---

**PROBLEMA**

---

**SCOPO GENERALE** \_\_\_\_\_

---

**OBIETTIVI SPECIFICI (a)** \_\_\_\_\_

---

**MODELLO DI INTERVENTO/ATTIVITA' (b)** \_\_\_\_\_

---

**MEZZI E RISORSE (c)** \_\_\_\_\_

---

**VALUTAZIONE (d)**

---

*Firma per condivisione-Paz/Caregiver\**

*Infermiere*

---

**Data** \_\_\_\_\_

**Legenda**

- (a) Definirli (almeno due) in termini concreti, misurabili, quali risultati specifici (o operativi o esiti) ci si attende, prevedendo indicatori appropriati
  - (b) Specificare le attività svolte/da svolgere per raggiungere gli obiettivi prefissati - Criticità prevedibili - Quali risorse occorrono (conoscenze, competenze, ecc....)
  - (c) Risorse necessarie rispetto alle varie fasi del progetto
  - d) Sono previste valutazioni? Quando? Di che tipo? – Chi curerà la valutazione? – Quali sono gli indicatori scelti?
- \*La firma del paziente/caregiver attesta la condivisione/approvazione del progetto educativo**

Data di dimissione \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

### **IPOTESI DI SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA**

<b>1.</b>	<b>MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE (ACCESSI VASCOLARI E PRESIDI)</b>	
<b>2.</b>	<b>MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO (EVENTUALI PRESIDI)</b>	
<b>3.</b>	<b>MODELLO DI ELIMINAZIONE (EVENTUALI PRESIDI)</b>	
<b>4.</b>	<b>MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO (EVENTUALI PRESIDI)</b>	
<b>5.</b>	<b>MODELLO DI SONNO E RIPOSO</b>	
<b>6.</b>	<b>MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO</b>	
<b>7.</b>	<b>MODELLO DI PERCEZIONE CONCETTO DI SÉ -</b>	
<b>8.</b>	<b>MODELLO RUOLO - RELAZIONI</b>	
<b>9.</b>	<b>MODELLO DI SESSUALITA' - RIPRODUZIONE</b>	
<b>10.</b>	<b>MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS</b>	
<b>11.</b>	<b>MODELLO DI VALORI - CONVINZIONI</b>	

