



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

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA

STUDENTE _____ anno di corso (____)

Caso Medico

PAZIENTE (iniziali) _____	Età _____	Religione _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										
U.O. _____	RICOVERATO il _____ alle ore _____												
Persona da contattare: _____	(Tel)	3	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>								X	X	X
							X	X	X				
PROVENIENZA:	<input type="checkbox"/> casa (autonomo)	<input type="checkbox"/> casa con parenti	<input type="checkbox"/> struttura per lungodegenti altro _____										

TIPO DI RICOVERO:	<input type="checkbox"/> programmato	<input type="checkbox"/> urgente	<input type="checkbox"/> trasferito da _____
MODALITA' DI ARRIVO:	<input type="checkbox"/> carrozzina per disabili	<input type="checkbox"/> barella	<input type="checkbox"/> autonomo
DIAGNOSI MEDICA :	_____ _____ _____		
DIAGNOSI RICOVERO PRECEDENTE:	_____ data _____		

DIMESSO il _____ alle ore _____
Elencare eventuali interventi assistenziali da rivalutare/implementare entro il 30.mo giorno dalla dimissione:

TERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE:

FARMACI	DOSAGGIO	ULTIMA DOSE	FREQUENZA

DOCUMENTAZIONE PERSONALE: Referti esami ematochimici

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DI BASE

Secondo il **MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE DI M. GORDON**

1. MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

CONSUMO DI:

Tabacco: no si pipa sigarette quantità _____/die

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 _____ kg

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 _____ sacchetto
tipo uso di
clisteri/lassativi 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 _____

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/m²

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: occhiali 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; SaO₂ _____ %

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: nessuna si descrizione/sede _____

Arrossamenti: no si descrizione/sede _____

Prurito: no si descrizione/sede _____

CAVO ORALE: arrossamenti lesioni altro _____

ADDOME

Suoni intestinali: presenti assenti altro
Sonde: drenaggi cateteri specificare _____

SISTEMA NEURO – SENSORIALE

Pupille: isocoria anisocoria destra sinistra

Reattività alla luce: destra 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

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

PIANIFICAZIONE

DIAGNOSI REALI

A. P.	1
M. P.	2
B. P.	3

DIAGNOSI di RISCHIO *(almeno 1)*

OBIETTIVI *(almeno 2 per ogni DIAGNOSI)*

PROBLEMI COLLABORATIVI ED OBIETTIVI:

INDICATORI E DESCRITTORI +

REDIGERE 1 PIANO EDUCATIVO INERENTE IL PROBLEMA ASSISTENZIALE O COLLABORATIVO (ved. All. 1)

DATA- _____ -ORA _____ .FIRMA _____

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Scala di Glasgow			
Occhi	Aperti	Spontaneamente	4
		Al comando verbale	3
		Allo stimolo doloroso	2
	Nessuna risposta		1
Risposta Verbale	Ottenuta anche sollecitando il paziente con stimoli dolorosi	Conversazione orientata	5
		Fraasi confuse	4
		Parole sconnesse	3
		Suoni incomprensibili	2
		Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Al comando verbale Allo stimolo doloroso (ottenuto premendo con le nocche delle dita sullo sterno)	Obbedisce	6
		Localizza lo stimolo doloroso e lo allontana	5
		Risposta in flessione	4
		Retrazione	3
		Flessione abnorme (rigidità decorticata)	
		Estensione (rigidità decerebrata)	2
		Nessuna risposta	1
Il PUNTEGGIO varia tra 3 e 15 (3 corrisponde allo stato comatoso più grave-15 allo stato di coscienza normale)			

SCHEDA 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 (0	10 0	15 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	INDICE DI BARTHEL = 100					

Scheda Gestione Accesso Venoso

Cognome:		Nome:			Data di nascita: ___ / ___ / ___
Device:		Materiale:		Lateralità:	Gauge:

Data: ___ / ___ / ___	Numero di Tentativi di posizionamento	Medicazione:	Irrigazione:	Attività infermieristiche:	Firma leggibile
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito* *Score: ____	
Ora: _____		<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 culturale	

Data: ___ / ___ / ___	Numero di Tentativi di posizionamento	Medicazione:	Irrigazione:	Attività infermieristiche:	Firma leggibile
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito* *Score: ____	
Ora: _____		<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 culturale	

Data: ___ / ___ / ___	Numero di Tentativi di posizionamento	Medicazione:	Irrigazione:	Attività infermieristiche:	Firma leggibile
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito* *Score: ____	
Ora: _____		<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 culturale	

Data: ___ / ___ / ___	Numero di Tentativi di posizionamento	Medicazione:	Irrigazione:	Attività infermieristiche:	Firma leggibile
		<input type="checkbox"/> Poliuretano	<input type="checkbox"/> Soluzione Fisiologica 0,9%	<input type="checkbox"/> Ispezione del sito* *Score: ____	
Ora: _____		<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 culturale	

SIMULAZIONE DEL BILANCIO IDRICO delle 24 ore

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

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

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 TC > 37°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

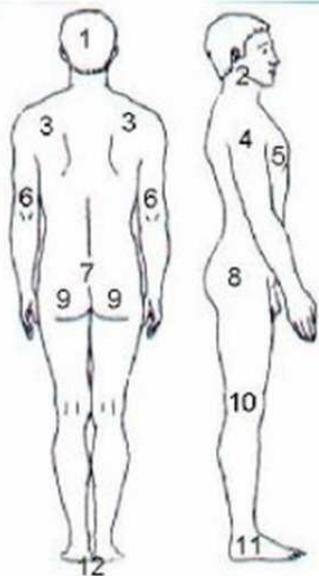
*** Relazione all'XI Congresso Nazionale FADOI, Workshop "Approccio clinico al paziente con ipersodiemia
(Sgambato et al. 2006)

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

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
/ / Lesione presente all'ingresso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Principale _____ Secondarie _____	<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

Tipologia Medicazione (protocollo/procedura di riferimento *):

Note sulle lesioni Secondarie:

SCALA DI BRADEN					DATE RILEVAZIONI		
Variabili	4	3	2	1			
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata			
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato			
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	allettato			
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità			
Nutrizione	eccellente	adeguata	Probabilmente inadeguata	Molto povera			
Frizione e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	problema			

Rischio se inferiore o uguale a 16	Indice di Braden =			
---	---------------------------	--	--	--

Totale punteggio all'ingresso _____

Firma _____

17 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"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Arrossata
		<input type="checkbox"/> III°	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Necrotici	
		<input type="checkbox"/> IV°	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Macerata
		<input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Infetta cm _____	<input type="checkbox"/> Frastagliati	

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"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Arrossata
		<input type="checkbox"/> III°	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Necrotici	
		<input type="checkbox"/> IV°	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Macerata
		<input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Infetta cm _____	<input type="checkbox"/> Frastagliati	

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"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____	<input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Arrossata
		<input type="checkbox"/> III°	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Necrotici	
		<input type="checkbox"/> IV°	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Macerata
		<input type="checkbox"/> V°/Escara	<input type="checkbox"/> Infetta cm _____	<input type="checkbox"/> Frastagliati	

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 _____

IPOSTESI DI SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

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

Data _____

Firma _____