



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: 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; 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

Presi 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 _____

Data di dimissione _____ ora _____

IPOTESI DI SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE (ACCESSI VASCOLARI E PRESIDI) | |
| 2. | MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO (EVENTUALIPRESIDI) | |
| 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 _____

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**

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 |
| | | Frase 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) | | | |

| SCHEDE 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

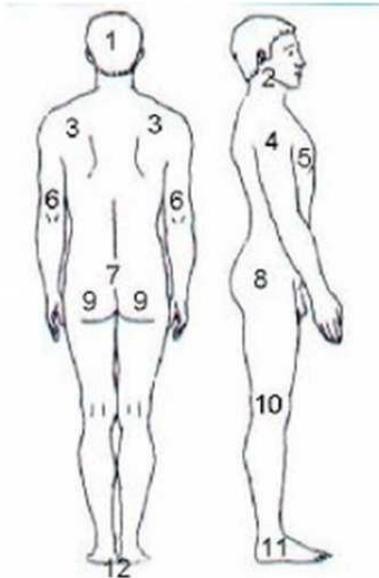
*** Relazione all'XI Congresso Nazionale FADOI, Workshop "Approccio clinico al paziente con ipersodiemia
(Sgambato et al. 2006)

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 ____/____/____

ALTRÒ:
 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"/> Fraggiati <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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | | | | |

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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | | | | |

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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | | | | |

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*)

Totale punteggio Scala Braden

Firma

All. 1