



Università Politecnica delle Marche
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE DI ASCOLI PICENO
a.a. 2025/2026

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA

Caso Medico

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:

DESCRIZIONE PATOLOGIA

Bibliografia:

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO CLINICO

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 ☐ sì ☐ pipa ☐ sigarette quantità _____/die

Alcool: ☐ no ☐ sì tipo _____ quantità _____/die

Altre sostanze: ☐ no ☐ sì tipo _____ uso _____

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

Attività sportiva: _____

2. MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO

Dieta speciale / supplementi: ☐ no ☐ sì ☐

integratori Precedenti istruzioni dietetiche: ☐ no ☐ sì

Appetito: ☐ normale ☐ aumentato ☐ diminuito ☐ gusto diminuito

☐ nausea ☐ vomito ☐ stomatite

Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi: ☐ no ☐ sì 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

☐ sì altro

Abitudini urinarie: frequenza/die _____ caratteristiche urine _____ ☐ disuria ☐ nicturia

☐ bisogno impellente ☐ ritenzione Incontinenza: ☐ no ☐ sì ☐ 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 _____

Dolore: ☐ acuto ☐ cronico sede _____

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 ☐ sì con figli _____

Problemi mestruali ☐ no ☐ sì _____

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 ☐ sì 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

[illegible]

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 ☐ sì ☐ 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

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	obbedisce	6
	Allo stimolo doloroso (ottenuto premendo con le nocche delle dita sullo sterno)	Localizza il dolore	5
		Risposta in flessione	4
		Retrazione Flessione abnorme (rigidità decorticata)	3
		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 ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma
Positivo ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma
Positivo ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma
Legenda: <u>POSITIVO —○ PRESENZA TOSSE, ANCHE TARDIVA, VOCE GORGOGLIANTE, RESIDUI DI CIBO IN BOCCA,ecc</u>			

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					

Nome e Cognome _____

Nota Bene: la prima valutazione va fatta entro 12 ore dall'ingresso del pz in reparto, successivamente è possibile rivalutare il rischio cadute: entro 4 giorni se non ci sono state modificazioni importanti; prima in caso di: caduta, con rivalutazione dopo 24h dalla caduta, e in caso di modifiche cliniche importanti.

SCALA DI CONLEY- VALUTAZIONE RISCHIO DI 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: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ altro _____	Interventi: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ altro _____	Interventi: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ 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 (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 finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i ecc.)	2	0			
6	Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso pericolo.	3	0			
Valori tra 0 e 1 indicano un rischio minimo di caduta; Valori tra 2 e 10 indicano, in progressione, un rischio di caduta da basso ad alto . Il punteggio uguale o superiore a 2 (punteggio di cut-off) identifica un paziente in condizione di rischio .		TOTALE		____/10	____/10	____/10

Nome e Cognome _____

SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE
Mediante Scala Numerica 0-10 NRS o PAINAID

Legenda:

Dolore: N= NRS; P= PAINAID + valore numerico

Sede: A=addome; T=torace; C=capo; Ar= arto; S=schiena; se altro specificare

Caratteristiche: P=pulsante; PT=penetrante; B=bruciore; A=altro specificare

Interventi: FH=farmaco ad orario, FAB=farmaco al bisogno, NF=non farmacologico (specificare)

VALUTAZIONE DOLORE							RIVALUTAZIONE DOLORE				
DATA	ORA	DOLORE	SEDE	CARATTERISTICHE	INTERVENTI	FIRMA	DATA	ORA	DOLORE	EFFETTI	FIRMA

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 <i>(almeno 1)</i>	
OBIETTIVI <i>(almeno 2 per ogni DIAGNOSI)</i>	
PROBLEMI COLLABORATIVI ED OBIETTIVI:	
INDICATORI E DESCRITTORI + <i>REDIGERE I PIANO EDUCATIVO INERENTE IL PROBLEMA ASSISTENZIALE O COLLABORATIVO (ved. All. 1)</i>	
DATA _____ ORA _____ FIRMA _____	

PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

INTERVENTI INFERMIERISTICI PREVISTI (N.I.C.)

[illegible]

Scheda Monitoraggio Parametri Vitali (PV) Cognome

Nome

Letto n

[illegible]

Scheda Gestione Accesso Venoso

Cognome:			Nome:			Data di nascita: ____/____/____	
Device:			Materiale:			Lateral	CH:

Data: _./_ _./____	Numero di Tentativi di posizionamento _____	Medicazione:	Irrigazione:		Attività infermieristiche:		Firma leggibile
		☐ Poliuretano	☐ Soluzione Fisiologica 0,9%		☐ Ispezione del sito*	*Score:	
Ora: _:_____		☐ Cerotto Garzato	☐ Altro		☐ Sostituzione	Quali:	
		☐ Altro	ML:	_____	☐ Rimozione	☐ Tampone colturale	

Data: _./_ _./____	Numero di Tentativi di posizionamento _____	Medicazione:	Irrigazione:		Attività infermieristiche:		Firma leggibile
		☐ Poliuretano	☐ Soluzione Fisiologica 0,9%		☐ Ispezione del sito*	*Score:	
Ora: _:_____		☐ Cerotto Garzato	☐ Altro		☐ Sostituzione	Quali:	
		☐ Altro	ML:	_____	☐ Rimozione	☐ Tampone colturale	

Data: _./_ _./____	Numero di Tentativi di posizionamento _____	Medicazione:	Irrigazione:		Attività infermieristiche:		Firma leggibile
		☐ Poliuretano	☐ Soluzione Fisiologica 0,9%		☐ Ispezione del sito*	*Score:	
Ora: _:_____		☐ Cerotto Garzato	☐ Altro		☐ Sostituzione	Quali:	
		☐ Altro	ML:	_____	☐ Rimozione	☐ Tampone colturale	

Data: _./_ _./____	Numero di Tentativi di posizionamento _____	Medicazione:	Irrigazione:		Attività infermieristiche:		Firma leggibile
		☐ Poliuretano	☐ Soluzione Fisiologica 0,9%		☐ Ispezione del sito*	*Score:	
Ora: _:_____		☐ Cerotto Garzato	☐ Altro		☐ Sostituzione	Quali:	
		☐ Altro	ML:	_____	☐ Rimozione	☐ Tampone colturale	

Data: _./_ _./____	Numero di Tentativi di posizionamento _____	Medicazione:	Irrigazione:		Attività infermieristiche:		Firma leggibile
		☐ Poliuretano	☐ Soluzione Fisiologica 0,9%		☐ Ispezione del sito*	*Score:	
Ora: _:_____		☐ Cerotto Garzato	☐ Altro		☐ Sostituzione	Quali:	
		☐ Altro	ML:	_____	☐ Rimozione	☐ Tampone colturale	

Scheda Bilancio Idrico 24 ore

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Peso (Kg) _____

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				
	Perspiratio per TC >37°C *				
	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				
	Perspiratio per TC >37°C *				
	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 EMATOCHIMICI INERENTI *(richiesti dal medico)*

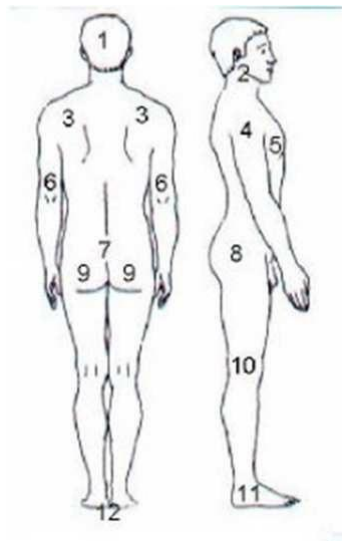
Coerenti con il Piano Clinico Assistenziale

[illegible]

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 ☐ SI ☐ NO	Principale _____ Secondarie _____	☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ V°/Escara	☐ Detersa ☐ Fibrina ☐ Essudato ☐ Necrosi ☐ Infetta cm _____	☐ Lineari ☐ Macerati ☐ Frastagliati ☐ Necrotici ☐ Infetti	☐ Integra ☐ Arrossata ☐ 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 _____

RIVALUTAZIONE DATA: ___ / ___ / ___ NOME E COGNOME _____ N° LETTO _____

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

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*)

Totale punteggio Scala Braden _____ 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 (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 _____

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**