



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: Referti esami ematochimici

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 ☐ sì ☐ pipa ☐ sigarette quantità _____

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

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: _____

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 ☐ sì
Capacità di comunicare: ☐ no ☐ sì
Capacità di comprendere: ☐ no ☐ sì
Capacità di integrazione: ☐ no ☐ sì
Udito: ☐ alterazioni ☐ ipoacusia ☐ sordità ☐ destra ☐ sinistra
Vertigini: ☐ no ☐ sì
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 SESSUALITÀ' – 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: _____

SISTEMA NEURO – SENSORIALE

Pupille: ☐ isocoria ☐ anisocoria ☐ destra ☐ sinistra
Reattività alla luce: destra ☐ sì ☐ no specificare _____
 sinistra ☐ sì ☐ no specificare _____
Occhi: ☐ normali ☐ con secrezioni ☐ arrossati ☐ altro _____

APPARATO MUSCOLO – SCHELETRICO

Escursione articolare: ☐ completa altro _____
Equilibrio e andatura: ☐ stabile ☐ instabile
Presa delle mani: ☐ debolezza ☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra
Muscoli arti inferiori: ☐ debolezza ☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra

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 +	
<i>REDIGERE I PIANO EDUCATIVO INERENTE IL PROBLEMA ASSISTENZIALE O COLLABORATIVO (ved. All. 1)</i>	
DATA- _____-ORA _____.FIRMA _____	

DIARIO ASSISTENZIALE[illegible]

DIARIO ASSISTENZIALE[illegible]

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 _____

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: ☐ 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	Interventi: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ altro _____		
3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0	Interventi: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ altro _____		
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)						
4	Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0	Interventi: ☐ letto ad altezza variabile ☐ sponde SE prescritte ☐ incrementare sorveglianza ☐ favorire presenza caregiver ☐ se incontinenza invitare il pz in bagno ☐ altro _____		
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 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

Scheda Monitoraggio Parametri Vitali (PV)

Cognome_

Nome_

Letter_____

[illegible]

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	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)			

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

Positivo ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma
Positivo ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma
Positivo ☐	Negativo ☐	Data _____	Firma

Legenda: POSITIVO --- O 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 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 anestesiológica ☐ consenso informato ☐ informazioni su malattia e decorso ☐ altro _____	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 ☒ E necessario pre intervento: ☐ preanestesia con _____ somministrato ore _____ ☐ profilassi antibiotica con _____ somministrato ore _____ ☐ non somministrato
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	

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
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ intatta ☐ distacco	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
	☐ rosso ☐ pallido ☐ grigio-nero	☐ lieve ☐ importante	☐ peristomale ☐ intrastomale	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	

(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						

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° ☐ II°	☐ Detersa ☐ Fibrina	☐ Lineari ☐ Macerati	☐ Integra
☐ Secondaria		☐ III° ☐ IV°	☐ Essudato ☐ Necrosi	☐ Necrotici ☐ Infetti	☐ Arrossata
		☐ V°/Escara	☐ Infetta cm _____	☐ Frastagliati	☐ 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
☐ Principale		☐ I° ☐ II°	☐ Detersa ☐ Fibrina	☐ Lineari ☐ Macerati	☐ Integra
☐ Secondaria		☐ III° ☐ IV°	☐ Essudato ☐ Necrosi	☐ Necrotici ☐ Infetti	☐ Arrossata
		☐ V°/Escara	☐ Infetta cm _____	☐ Frastagliati	☐ 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
☐ Principale		☐ I° ☐ II°	☐ Detersa ☐ Fibrina	☐ Lineari ☐ Macerati	☐ Integra
☐ Secondaria		☐ III° ☐ IV°	☐ Essudato ☐ Necrosi	☐ Necrotici ☐ Infetti	☐ Arrossata
		☐ V°/Escara	☐ Infetta cm _____	☐ Frastagliati	☐ Macerata

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*)

Totale punteggio Scala Braden _____

Firma _____