



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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: _____

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

Preso 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 +

REDIGERE I 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 (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 _____

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
		Frasi 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: <u>POSITIVO</u> ---○ <u>PRESENZA TOSSE, ANCHE TARDIVA, VOCE GORGOLIANTE, RESIDUI DI CIBO IN BOCCA.... ecc.</u>			

SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE Mediante Scala Numerica 0-10 NRS

Nome e Cognome _____
 Prescrizione terapia antalgica _____

Terapia al bisogno Terapia in infusione continua Somministrazione ad orari prestabiliti

data	ora		RILEVAZIONE/ MO	Firma sanitario rilevatore	Segue TRATTAMENTO
------	-----	--	-----------------	----------------------------	-------------------

/							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Inf.		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro
//							Med		<input type="checkbox"/> farmaci	<input type="checkbox"/> altro

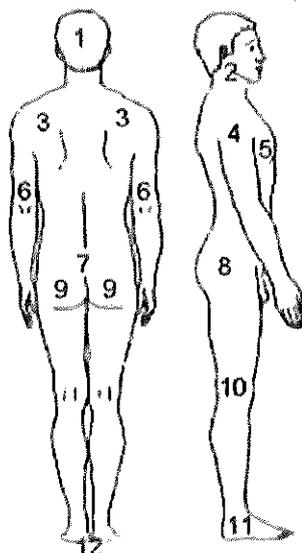
Legenda:

: rilevazione dolore a orari stabiliti

ESITO rilevazione dolore al bisogno dell'assistito.
 ? rilevazione post trattamento

Note/segnalazioni:

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"/> 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			

