

Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon

Modello di percezione e di gestione della salute	Describe come la persona percepisce il suo stato di salute e le modalità in cui la gestisce. Include la gestione dei rischi per la salute, abitudini e stili di vita che influenzano la salute, comportamenti, trattamenti e prescrizioni, storia medica e sanitaria in genere.
Modello nutrizionale e metabolico	Describe come la persona assume il cibo ed i liquidi in termini di qualità e quantità. Include gli indicatori del fabbisogno metabolico dell'organismo. Rientrano in questo modello la descrizione delle condizioni della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.
Modello di eliminazione	Describe i modelli della funzione escretoria (intestino, rene e cute) compreso le abitudini della persona. Include qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni.
Modello di attività' esercizio fisico	Describe il modello dell' esercizio, dell'attività fisica e del tempo libero, includendo tutte le attività quotidiane che implicano dispendio di energia (igiene, alimentarsi, cucinare, lavorare, ecc.), la funzione respiratoria e cardiocircolatoria e i fattori che interferiscono (deficit) con il modello desiderato.
Modello sonno - riposo	Describe i modelli di sonno e riposo nell' arco delle 24 ore, inclusa la percezione della persona rispetto al livello di riposo/sonno energia, gli ausili e le abitudini.
Modello cognitivo - percettivo	Describe l' adeguatezza delle modalità sensoriali della persona (i sensi), i relativi disturbi e la presenza di protesi, inclusa la percezione del dolore e come viene gestito, le abilità cognitive come il linguaggio, la memoria e l'assunzione di decisioni.
Modello di percezione di se' - concetto di se'	Describe gli atteggiamenti che la persona ha nei confronti di se stesso, la percezione delle proprie abilità, l'immagine corporea, l'identità il senso di valore e il modello emozionale in genere.
Modello di ruoli e relazioni	Describe il modello dell' attribuzione e delle relazioni di ruolo; include la percezione dei principali ruoli e responsabilità inerenti la situazione di vita attuale della persona comprese la soddisfazione o i problemi in ambito familiare e lavorativo, le relazioni sociali e le relative responsabilità.
Modello di sessualità e riproduzione	Describe atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità e alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi. Include le diverse fasi del ciclo riproduttivo femminile.
Modello di coping e tolleranza allo stress	Describe il modello di coping includendo la capacità della persona di resistere o gestire lo stress, i sistemi di supporto familiare e l'abilità percepita di controllare /gestire le situazioni
Modello di valori e convinzioni	Describe il modello di valori, obiettivi e convinzioni, comprese quelle spirituali, che guidano le scelte e le decisioni della persona, includendo ciò che viene percepito importante nella vita e qualunque conflitto percepito rispetto a valori e convinzioni correlate con la salute.

SCHEDA DI ACCERTAMENTO PER MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

Studente _____ Anno di corso _____ Data _____

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

ETA' _____

M F

Data e ora di ingresso _____

U.O. _____

Diagnosi di ingresso _____

Il paziente proveniente da..... ammesso in reparto/servizio
accompagnato da..... presenta le seguenti condizioni clinico-assistenziali:

ANAMNESI MEDICA/SOCIALE (occupazione, titolo di studio, ecc.) /FAMILIARE

I dati sono stati forniti da: direttamente dalla persona ricoverata da parenti/accompagnatori altro(specificare)

data e ora di compilazione _____ firma compilatore_____

ACCERTAMENTO INFIERISTICO di base all'ingresso/ammissione/ricovero della persona assistita

1. MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile		M. disfunzionale : <input type="checkbox"/>	
DESCRIZIONE DELLO STATO DI SALUTE (Come definisce il suo stato di salute attuale?)		Problemi della persona assistita attuali o potenziali	
PROMOZIONE DELLA SALUTE (cibo e bevande/dieta, esercizio fisico, stile di vita e abitudini, gestione dello stress) (quali sono le cose importanti per mantenersi in salute?)			
PROTEZIONE DELLA SALUTE (programmi di screening, visite sanitarie di base, esercizio, riposo e fattori economici)			
AUTO-ESAME (esegue autoispezione del seno o testicoli, pressione arteriosa, glicemia, pap test ecc.)			
RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI PREGESSI			
FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLA SALUTE			
Diabete <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> problemi cardiaci <input type="checkbox"/> Problemi respiratori <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>			
Consumo di alcool no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> bicchieri di vino/pasto n.....			
Fumo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n° sigarette fumate/dì Uso di altre sostanze no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Allergie note no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> se sì a cosa : _____			
Terapia a domicilio/in corso : no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Aderenza alla prescrizione medica o infermieristica a domicilio si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
FARMACI	Dosaggio	Frequenza /die	Ultima dose

SCALA DI CONLEY prevenzione e segnalazione cadute)
1° valutazione

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver):	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi ?.....	2	0
Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi.....	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno?.....	1	0
Deterioramento cognitivo: (osservazione infermieristica)		
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore)	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0
TOTALE _____		

Le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente (possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere). La risposta "non so" è da considerare come risposta negativa (0)
 Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. Il valore soglia di 2 su 10 indica la presenza di rischio di caduta

Altri elementi utili all'accertamento.....

2. MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>																																																																	
Abitudini alimentari (cosa mangia abitualmente pasti e spuntini tipo e quantità)		Problemi della persona assistita attuali o potenziali																																																																	
è mai stata prescritta una dieta? se sì da chi e che tipo di dieta _____																																																																			
Variazioni di peso involontaria negli ultimi 6 mesi: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> _____ kg di aumento/ perdita																																																																			
Appetito: normale <input type="checkbox"/> aumentato <input type="checkbox"/> diminuito <input type="checkbox"/> gusto diminuito <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/>																																																																			
Altro:																																																																			
<u>Esame fisico:</u>																																																																			
Temperatura corporea (TC) _____ Peso attuale Kg _____																																																																			
Altezza _____ IMC (peso Kg./ altezza m 2) _____																																																																			
MURST (Malnutrition Universal Screening Tool)																																																																			
(Barcare il valore 0 1 2 e riportarlo nell'ultima colonna a destra)																																																																			
IMC	> 20 (> 30 obeso) 0	18,5-20,0 1	<18,5 2																																																																
decremento ponderale non volontario negli ultimi 3-6 mesi	< 5% 0	5-10% 1	> 10% 2																																																																
Effetti di malattia acuta	Si prevede per almeno 5 gg introito nutrizionale Insufficiente 2																																																																		
Somma : 0 basso rischio ; 1 medio rischio; >/= 2 alto rischio di malnutrizione			Totale																																																																
Dentizione Assenza dei denti no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Protesi dentale <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/>																																																																			
VALUTAZIONE DISFAGIA: STANDARDIZED SWALLOWING SCREEN (modificato)																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Igiene Orale: E' necessario provvedere alle pratiche di igiene orale?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Parte 1.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">■ Se la risposta è NO in entrambe le domande:</td> <td colspan="3">- NON ANDARE OLTRE e - NON PROCEDERE ALLO SCREENING</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Rivalutare il paziente ogni 24 ore e se rimane impossibile effettuare lo screening o l'approfondimento, discutere con il team sanitario la via di somministrazione per l'apporto idrico e nutrizionale.</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Parte 2.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Il paziente può tossire su richiesta?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. Il paziente è in grado di respirare liberamente? (p.e. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere Sa O₂)</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Domande 3-6: Risposta SI PROCEDERE CON LO SCREENING Risposta NO FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> 7. Il paziente ha voce "BAGNATA/GORGOLIANTE": SI FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica NO PROCEDERE CON LO SCREENING </td> </tr> <tr> <td colspan="5">LO SCREENING SARA' EFFETTUATO DAL SOLO PERSONALE ESPERTO. NON DAGLI STUDENTI</td> </tr> </table>					Igiene Orale: E' necessario provvedere alle pratiche di igiene orale?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parte 1.					1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	■ Se la risposta è NO in entrambe le domande:		- NON ANDARE OLTRE e - NON PROCEDERE ALLO SCREENING			Rivalutare il paziente ogni 24 ore e se rimane impossibile effettuare lo screening o l'approfondimento, discutere con il team sanitario la via di somministrazione per l'apporto idrico e nutrizionale.					Parte 2.					3. Il paziente può tossire su richiesta?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	6. Il paziente è in grado di respirare liberamente? (p.e. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere Sa O ₂)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Domande 3-6: Risposta SI PROCEDERE CON LO SCREENING Risposta NO FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica					7. Il paziente ha voce "BAGNATA/GORGOLIANTE": SI FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica NO PROCEDERE CON LO SCREENING					LO SCREENING SARA' EFFETTUATO DAL SOLO PERSONALE ESPERTO. NON DAGLI STUDENTI				
Igiene Orale: E' necessario provvedere alle pratiche di igiene orale?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
Parte 1.																																																																			
1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
■ Se la risposta è NO in entrambe le domande:		- NON ANDARE OLTRE e - NON PROCEDERE ALLO SCREENING																																																																	
Rivalutare il paziente ogni 24 ore e se rimane impossibile effettuare lo screening o l'approfondimento, discutere con il team sanitario la via di somministrazione per l'apporto idrico e nutrizionale.																																																																			
Parte 2.																																																																			
3. Il paziente può tossire su richiesta?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
6. Il paziente è in grado di respirare liberamente? (p.e. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere Sa O ₂)		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																																																																
Domande 3-6: Risposta SI PROCEDERE CON LO SCREENING Risposta NO FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica																																																																			
7. Il paziente ha voce "BAGNATA/GORGOLIANTE": SI FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica NO PROCEDERE CON LO SCREENING																																																																			
LO SCREENING SARA' EFFETTUATO DAL SOLO PERSONALE ESPERTO. NON DAGLI STUDENTI																																																																			

NUTRIZIONE ARTIFICIALE:

Nutrizione Enterale: tipo con SNG tipo: ch: posiz. il/:
 PEG tipo: ch: posiz. il:

condizioni area inserzione:

Nutrizione Parenterale tipo infusa tramite

Glicemia mg/dl

Mucosa orale: alterazioni no si stomatite altro

Catetere vascolare venoso: no si periferico centrale PIC PORT sede: sx dx inserito il

Cute

idratata si no edemi INDICARE SEDE ascite cianosi ittero
 pallore altro

Integra lesioni sede medicazioni tipo medicazione

ulcere da pressione si no

sede: Sacro Trocantere dx sn Tallone dx sn Altro

stadio I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV° I° II° III° IV°

Altre osservazioni

SCALA DI BRADEN

VARIABILI	4	3	2	1	data
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata	punteggio
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato	punteggio
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	punteggio
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità	punteggio
Nutrizione	Eccellente	Adeguata	Probabilmente inadeguata	Molto povera	punteggio
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema	punteggio
PUNTEGGIO TOTALE					

3. MODELLO DI ELIMINAZIONE		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Eliminazione intestinale		
Frequenza evacuazioni/die ____ stipsi <input type="checkbox"/> N. giorni dall'ultima evacuazione_____ diarrea <input type="checkbox"/>		Problemi della persona assistita attuali o potenziali
Caratteristiche delle feci _____ Variazioni recenti alvo_____		
Uso di clisteri/lassativi: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> _____ frequenza _____, <input type="checkbox"/> incontinenza intestinale		
Eliminazione urinaria		
diuresi 24 ore/ORARIA		
Caratteristiche urine.....		
disuria <input type="checkbox"/> nicturia <input type="checkbox"/> stranguria <input type="checkbox"/> ritenzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> incontinenza difficoltà a rimandare la minzione <input type="checkbox"/> difficoltà a raggiungere il bagno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso pannolone <input type="checkbox"/> urocondom		
Altro_____		
esame fisico: presenza di :		
catetere vescicale <input type="checkbox"/> inserito in data ____ tipo _____ Ch.....		
Stomia tipo: _____ sede_____		
caratteristiche stomia_____		
autonomo nella gestione della stomia: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Addome : soffice <input type="checkbox"/> trattabile <input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/>		
Sonde: drenaggi <input type="checkbox"/> cateteri <input type="checkbox"/> specificare sede		
Altre osservazioni _____		
BILANCIO IDRICO (se ritenuto necessario)		
Entrate: _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... TOT E		
Uscite : _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... _____ ml..... TOT U		
BILANCIO giornaliero ml:_____		

4. MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO		M. disfunzionale:
Deambulante sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con ausili: stampelle <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> split/tutore <input type="checkbox"/> sedia a rotelle <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		
Andatura _____		
Equilibrio _____		
Mobilità a letto no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		
Cura di sé (igiene personale) <input type="checkbox"/> non assistita <input type="checkbox"/> assistita		
Capacità di cura di sé: vedi Barthel Index Modificato (BIM)		
Esame fisico:		
Funzione cardiocircolatoria : P.A._____ F.C. _____ ritmo_____ caratteristiche_____		
ECG:_____		
Respirazione:		
Saturimetria.....		
Dispnea: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> da sforzo <input type="checkbox"/> postura_____		
Tosse no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> espettorato no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		
Ossigenoterapia O2 lt/min._____ %_____		
<input type="checkbox"/> occhialini <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> maschera Venturi		

tracheostomia

Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione

Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)

BIM

10

Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.

8

Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.

5

Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).

2

Totalmente dipendente, deve essere imboccato.

0

Igiene Personale

Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.

BIM

5

In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.

4

Necessita di aiuto per una o più operazioni.

3

Necessita di aiuto per tutte le operazioni.

1

Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.

0

Farsi il bagno o la doccia

Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.

BIM

5

Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).

4

Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.

3

Necessita di aiuto per tutte le operazioni.

1

Totalmente dipendente nel lavarsi.

0

Abbigliamento

Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.

BIM

10

Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).

8

Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.

5

Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività

2

Totalmente dipendente, non collabora alle attività.

0

Trasferimenti carrozzina/letto

Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.

BIM

15

Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.

12

Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.

8

Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.

3

Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevatore

0

Uso del W.C.

Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarci i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).

BIM

10

Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.

8

Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.

5

Necessita di aiuto per tutte le operazioni.

2

Totalmente dipendente.	0	
Continenza urinaria	BIM	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom,ecc.)	10	
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari	8	
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5	
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2	
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0	
Continenza intestinale	BIM	
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10	
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8	
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5	
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2	
Totalmente incontinente.	0	
Deambulazione	BIM	
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15	
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8	
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5	
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2	
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0	
Uso della carrozzina	BIM	
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	5	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4	
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3	
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1	
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0	
Scale	BIM	
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10	
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8	
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5	
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2	
Incapace di salire e scendere le scale.	0	
TOTALE PUNTEGGIO		
Punteggi totali Indice di Barthel modificato		
Categorie Livello di dipendenza		
punteggio totale 0-24 Totale dipendenza 27.0 val.attribuita		
25-49 Severa dipendenza 23.0 "		
50-74 Moderata dipendenza 20.0 "		
75-90 Lieve dipendenza 13.0 "		
91-99 Minima dipendenza <10.0 "		

5. MODELLO SONNO – RIPOSO		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Abitudini: ore/notte _____ pisolino pomeridiano <input type="checkbox"/> Si sente riposo al risveglio no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> : risveglio precoce <input type="checkbox"/> insonnia <input type="checkbox"/> incubi <input type="checkbox"/> altro _____ Uso di farmaci <input type="checkbox"/> altre abitudini per favorire il sonno <input type="checkbox"/> _____ Altro _____ Paziente sedato no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Problemi della persona assistita attuali o potenziali

6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>											
<i>N.B. se la scala NRS non è applicabile utilizzare altra scala del dolore idonea alla situazione clinica</i>													
Lingua parlata italiano <input type="checkbox"/> altra lingua <input type="checkbox"/> quale _____ Linguaggio: normale <input type="checkbox"/> disturbi del linguaggio <input type="checkbox"/> _____ Altro _____ Sensi : Udito: normale <input type="checkbox"/> alterazioni <input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> sordità <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> Vista: normale <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto <input type="checkbox"/> alterazioni <input type="checkbox"/> quali <input type="checkbox"/> Altro _____ DOLORE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> acuto <input type="checkbox"/> cronico <input type="checkbox"/> sede <input type="checkbox"/> trattamento in corso _____ Livello accettabile di dolore _____ come controlla abitualmente il dolore _____		Problemi della persona assistita attuali o potenziali											
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Scala NRS del DOLORE</p> <p>“Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”.</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table> </div>			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<u>esame fisico :</u> Stato di coscienza: vigile <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> comatoso <input type="checkbox"/> Orientamento: orientato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> spazio <input type="checkbox"/>													

GLASGOW COMA SCALE (GCS): GCS > 8 NON IN COMA		date rilevazione		
APERTURA DEGLI OCCHI (Eye Opening Response)	- nessuna apertura degli occhi	1	1	
	- apertura degli occhi in risposta a stimoli dolorosi	2	2	
	- apertura degli occhi in risposta a stimoli verbali	3	3	
	- apertura degli occhi spontanea	4	4	
RISPOSTA VERBALE (Verbal response)	- nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato)	1	1	
	- suoni incomprensibili	2	2	
	- parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	3	
	- confusione, frasi sconnesse	4	4	
	- risposta orientata e appropriata	5	5	
RISPOSTA MOTORIA (Motor response)	- nessun movimento	1	1	
	- estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata)	2	2	
	- flessione al dolore (lenta, distonica: risposta decorticata)	3	3	
	- retrazione dal dolore (si ritrae rapidamente se viene applicato uno stimolo doloroso)	4	4	
	- localizzazione del dolore (cerca lo stimolo doloroso)	5	5	
	- in grado di obbedire ai comandi	6	6	
	Totale			

7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' -CONCETTO DI SE'		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
A) Ci sono o ci sono state delle modifiche al suo corpo che le hanno creato dei problemi?		Problemi della persona assistita attuali o potenziali
B) Riferisce ansia/paura/ preoccupazioni sullo stato di salute no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> specificare: che cosa la aiuta? _____		
che cosa peggiora le sue ansie/paure/preoccupazioni _____		
C) Nella vita quotidiana si sente in grado di affrontare le situazioni anche difficili che si presentano anche in conseguenza delle sua malattia? _____		
D) Ha mai sentito di perdere la speranza? _____		

8. MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Ritiene di avere buone capacità di adattamento? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> quali sono le situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad addattarsi (patologie, farmaci, situazioni altro) _____		Problemi della persona assistita attuali o potenziali
Persone di riferimento in grado di aiutarla _____		
Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno _____ altro _____		

9. MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE		M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Se donna (se appropriato) Ultima mestruazione: in menopausa <input type="checkbox"/> In gravidanza: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> Utilizzo contraccuzione EP <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se uomo (se appropriato) : disturbi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> riferibili a <input type="checkbox"/> effetti collaterali dei farmaci <input type="checkbox"/> problemi di salute <input type="checkbox"/> interventi <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> _____ altro _____		Problemi della persona assistita attuali o potenziali

10. MODELLO RUOLO – RELAZIONI		non valutabile <input type="checkbox"/>	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Occupazione:..... Sistema di supporto familiare/sociale (moglie/marito/figli/nipoti/amici ecc.) _____		Problemi della persona assistita attuali o potenziali	
La sua famiglia dipende da lei per qualcosa _____			
Le capita mai di sentirsi solo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Vive in famiglia <input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> in struttura <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>			
Presenza di caregiver <input type="checkbox"/>			
Persona di riferimento da contattare _____			
Altro _____			

11. MODELLO DI VALORI – CONVINZIONI		non valutabile <input type="checkbox"/>	M. disfunzionale: <input type="checkbox"/>
Cosa è importante nella sua vita? _____ Cosa la aiuta quando insorgono difficoltà? _____ _____		Problemi della persona assistita attuali o potenziali	

ALTRE OSSERVAZIONI E RILIEVI RITENUTI UTILI:

INDIVIDUARE 3 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE PRIORITARIE CON I RELATIVI NOC E NIC (PER CIASCUN NIC INDIVIDUARE ALMENO 3 ATTIVITA' RITENUTE APPROPRIATE ALLA SITUAZIONE).

1. DIAGNOSI INFERMIERISTICA - CODICE:

_____correlato a _____
che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC (CODICE)

Indicatori (risultato atteso misurabile)

Interventi (NIC con CODICE)	ATTIVITA'

2. DIAGNOSI INFIERISTICA - CODICE:

_____correlato a _____

che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC (CODICE)**Indicatori (risultato atteso misurabile)**

Interventi (NIC con CODICE)	ATTIVITA'

3. DIAGNOSI INFIERISTICA - CODICE:

_____correlato a _____

che si manifesta con _____

Esito/risultato per la persona assistita (obiettivo) NOC (CODICE)**Indicatori (risultato atteso misurabile)**

Interventi (NIC con CODICE)	ATTIVITA'