



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA

Caso chirurgico

STUDENTE _____ anno di corso (_____)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| PAZIENTE (iniziali) _____ Età _____ Religione _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| U.O. _____ RICOVERATO il _____ alle ore _____ | | | | | | | | | | | | |
| Persona da contattare: _____ (Tel) _____ | <table border="1"><tr><td> </td><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: _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | |

ALTRE INFORMAZIONI

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 _____

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 tipo _____ sacchetto
 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 SE'

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 soporoso 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
Vista: ausili occhiali lenti a contatto alterazioni quali: protesi destra sinistra
Vertigini: no si
Malessere: tipo _____

Dolore: acuto cronico sede _____

7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' - CONCETTO DI SE'

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 si con figli _____

Problemi mestruali: no si _____

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 _____

sinistra si 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 | Ottenua 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) | | | |

| 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 | 10 | 15 | | | |
| 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 | | | | | |

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: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> altro _____ | Interventi: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> altro _____ | Interventi: <input type="checkbox"/> letto ad altezza variabile <input type="checkbox"/> sponde SE prescritte <input type="checkbox"/> incrementare sorveglianza <input type="checkbox"/> favorire presenza caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza invitare il pz in bagno <input type="checkbox"/> 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 bagno? (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 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 | ____/10 |

Nota Bene: la prima valutazione va fatta entro 12 ore dall'ingresso del pz in reparto, successivamente è possibile rivalutare il rischio caduta: 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,

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

Nome e Cognome _____

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 *(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 _____

PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

INTERVENTI INFERMIERISTICI PREVISTI (N.I.C.)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

N.O.C. /RISULTATI ATTESI

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Data _____ **Firma** _____

| Simulazione del Monitoraggio giornaliero e Gestione dell'Accesso Venoso | | | | Cognome e Nome (iniziali) | Età |
|--|---|--|---|--|-----------------|
| Accesso Venoso in situ: - Ago Cannula <input type="checkbox"/> data posizionamento data posizionamento data posizionamento data posizionamento Midline <input type="checkbox"/> - PICC <input type="checkbox"/> - CVC Percutaneo <input type="checkbox"/> - CVC Tunnellizzato <input type="checkbox"/> CVC Totalmente Impiantato <input type="checkbox"/> / Data posizionamento tipo Catetere Valvolato <input type="checkbox"/> - Power <input type="checkbox"/> - Materiale: silicone <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Data e Ora | Exit Site | Irrigazione Eparinizzazione | Sostituzione Devices | Antisepsi Cutanea e Medicazione | Firma leggibile |
| Data _____ Ora _____ | <input type="checkbox"/> 0 no complicanze <input type="checkbox"/> 1 iperemia > 1 cm, ± fibrina <input type="checkbox"/> 2 iperemia < 2 cm ± fibrina <input type="checkbox"/> 3 iperemia, secrezioni, pus, fibrina Difficoltà infusione • / Aspirazione • Perdita liquidi dal Device • | Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ • Eparina UI 5 mL _____ • | • connettore senza ago <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/> Ago di Huber mm ____ G ____ | <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> straordinaria <input type="checkbox"/> post posizionamento <input type="checkbox"/> clorexidina 2% <input type="checkbox"/> iodopovidone 10% <input type="checkbox"/> cerotto medicato <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> sistema suturless | |
| Data _____ Ora _____ | <input type="checkbox"/> 0 no complicanze <input type="checkbox"/> 1 iperemia > 1 cm, ± fibrina <input type="checkbox"/> 2 iperemia < 2 cm ± fibrina <input type="checkbox"/> 3 iperemia, secrezioni, pus, fibrina Difficoltà infusione • / Aspirazione • Perdita liquidi dal Device • | Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ • Eparina UI 5 mL _____ • | • connettore senza ago <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/> Ago di Huber mm ____ G ____ | <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> straordinaria <input type="checkbox"/> post posizionamento <input type="checkbox"/> clorexidina 2% <input type="checkbox"/> iodopovidone 10% <input type="checkbox"/> cerotto medicato <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> sistema suturless | |
| Data _____ Ora _____ | <input type="checkbox"/> 0 no complicanze <input type="checkbox"/> 1 iperemia > 1 cm, ± fibrina <input type="checkbox"/> 2 iperemia < 2 cm ± fibrina <input type="checkbox"/> 3 iperemia, secrezioni, pus, fibrina Difficoltà infusione • / Aspirazione • Perdita liquidi dal Device • | Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ • Eparina UI 5 mL _____ • | • connettore senza ago <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/> Ago di Huber mm ____ G ____ | <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> straordinaria <input type="checkbox"/> post posizionamento <input type="checkbox"/> clorexidina 2% <input type="checkbox"/> iodopovidone 10% <input type="checkbox"/> cerotto medicato <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> sistema suturless | |
| Data _____ Ora _____ | <input type="checkbox"/> 0 no complicanze <input type="checkbox"/> 1 iperemia > 1 cm, ± fibrina <input type="checkbox"/> 2 iperemia < 2 cm ± fibrina <input type="checkbox"/> 3 iperemia, secrezioni, pus, fibrina Difficoltà infusione • / Aspirazione • Perdita liquidi dal Device • | Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ • Eparina UI 5 mL _____ • | • connettore senza ago <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/> Ago di Huber mm ____ G ____ | <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> straordinaria <input type="checkbox"/> post posizionamento <input type="checkbox"/> clorexidina 2% <input type="checkbox"/> iodopovidone 10% <input type="checkbox"/> cerotto medicato <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> sistema suturless | |
| Data _____ Ora _____ | <input type="checkbox"/> 0 no complicanze <input type="checkbox"/> 1 iperemia > 1 cm, ± fibrina <input type="checkbox"/> 2 iperemia < 2 cm ± fibrina <input type="checkbox"/> 3 iperemia, secrezioni, pus, fibrina Difficoltà infusione • / Aspirazione • Perdita liquidi dal Device • | Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ • Eparina UI 5 mL _____ • | • connettore senza ago <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/> Ago di Huber mm ____ G ____ | <input type="checkbox"/> ordinaria <input type="checkbox"/> straordinaria <input type="checkbox"/> post posizionamento <input type="checkbox"/> clorexidina 2% <input type="checkbox"/> iodopovidone 10% <input type="checkbox"/> cerotto medicato <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/> sistema suturless | |

SIMULAZIONE SCHEDA MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI

Cognome _____ Nome _____ letto n° _____

| Data | Ora | T.C. | P.A. | F.C. | Sa.O2 | O2 Terapia Lt/min | Diuresi | Alvo | Dolore scala NRS | Firma |
|------|-----|------|------|------|-------|----------------------|---------|------|---------------------|-------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

SIMULAZIONE DEL BILANCIO IDRICO DELLE 24 ORE

| Cognome e Nome _____ | Data di nascita _____ | | | | | | | | | | | | | | Peso Kg _____ | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|----|---|---|---|---|---|---|-----|
| ENTRATE | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Tot |
| Infusioni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diluizioni | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NPT/NPP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sangue/Emo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluidi xos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pranzo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tot. Entrate | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USCITE | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Tot |
| Urine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vomito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feci *** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ristagno Gastrico /SNG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drenaggi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TC * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perspiratio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persp.TC *** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BILANCIO DELLE 24 ORE: Tot. Entrate – Tot. Uscite

- 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

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

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 _____
E' in possesso di:
 esami ematici
 consulenza anestesiologicala
 consenso informato
 informazioni su malattia e decorso
 altro _____

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

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:
 CV data _____ calibro _____ tipologia _____
 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

Post operatorio

Al rientro dalla Sala Operatoria:

Coscienza: Allert- Vigile Verbal- Verbale Pain-Dolore Unresponsive- senza risposta

PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___ PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

Il pz al rientro è portatore di:

SNG: ___ CV: ___ Stomia Ileostomia colostomia urostomia

Drenaggio 1: caduta aspirazione. Drenaggio 2: caduta aspirazione. Drenaggio 3: caduta aspirazione

Sede ferita chirurgica: addome torace collo mammella dx o sx arti superiori/cavo ascellare arti inferiori femore anca gomito spalla polso ginocchio altro _____

Caratteristiche medicazione: Sporca Pulita Bagnata altro _____ Rinnovata medicazione al rientro

Segni e Sintomi:

Dolore; Posizione antalgica; Nausea; Vomito; Cianosi Periferica Centrale; Dispnea; Utilizzo muscolatura accessoria; Suoni respiratori.

Parametri Vitali:

A 15': A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 30': A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 1 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 2 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 4 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 6 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 12 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A 24 h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A ___ h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

A ___ h: A V P U; PA ___/___; SPO2 ___; O2 ___; FC ___; FR ___; TC: ___; Dolore NRS ___

PAINAID ___; DIURESIS ___; Drenaggio 1 ___; Drenaggio 2 ___;

Firma

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 |
|------------|---|---|---|--|---|-------|
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> intatta <input type="checkbox"/> distacco | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| | <input type="checkbox"/> rosso <input type="checkbox"/> pallido <input type="checkbox"/> grigio-nero | <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> importante | <input type="checkbox"/> peristomale <input type="checkbox"/> intrastomale | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |

Monitoraggio ferita chirurgica

1° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

2° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

3° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

4° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

5° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

6° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

7° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

8° medicazione, data ____/____/____ Sigla _____
Esame colturale : si no

| Caratteri ferita | Porzione della ferita interessata (%) | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----|-------|-------|-------|-----|
| | 0 | <20 | 20-39 | 40-59 | 60-79 | >80 |
| Essudato sieroso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Eritema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Essudato purulento | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Deiscenza | 0 | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |

Prima settimana:

Data: ____/____/____ Sigla _____

(punteggio totale prima settimana/n° di medicazioni) x 5= punteggio ASEPSIS

(_____ / _____) x 5 = _____

Follow-up a 15 gg (+ punteggio addizionale)

Data: ____/____/____ Sigla _____

| Punti addizionali dell'Asepsis Score | |
|--|----|
| terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione della ferita | 10 |
| Drenaggio in anestesia locale di pus | 5 |
| Isolamento batterico | 10 |
| Durata della degenza superiore a 14 giorni | 5 |

_____ + _____ = _____

Sommando il punteggio ASEPSIS con i punti addizionali si ha la lettura nel seguente modo:

- da 0 a 10: guarigione soddisfacente;
- da 11 a 20: disturbo di guarigione;
- da 21 a 30: infezione minore della ferita;
- da 31 a 40: infezione moderata della ferita;
- maggiore di 40: infezione severa della ferita.

DIAGNOSTICA ESAMI EMATOCHEMICI INERENTI

(richiesti dal medico)

Coerenti con il Piano Clinico Assistenziale

| Esame | esecuzione | | digiuno | | Note: (premeditazioni, interventi Pre esame ecc) | Firma |
|-------|------------|-----|---------|----|---|-------|
| | Data | ora | si | no | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SCHEDA RILEVAZIONE VALORI GLICEMICI

Note _____

Note _____

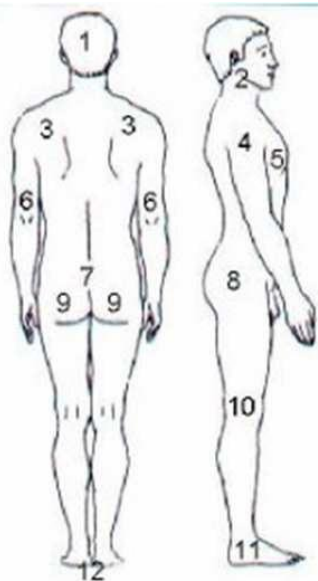
| DATA | ORA | GLICEMIA | SIGLA |
|------|-----|----------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| DATA | ORA | GLICEMIA | SIGLA |
|------|-----|----------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 <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°/Escaras | <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 | | | |
| 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 |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Principale | _____ | <input type="checkbox"/> I° | <input type="checkbox"/> Detersa | <input type="checkbox"/> Lineari | <input type="checkbox"/> Integra |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | <input type="checkbox"/> II° | <input type="checkbox"/> Fibrina | <input type="checkbox"/> Macerati | <input type="checkbox"/> Arrossata |
| | | <input type="checkbox"/> III° | <input type="checkbox"/> Essudato | <input type="checkbox"/> Necrotici | |
| | | <input type="checkbox"/> IV° | <input type="checkbox"/> Necrosi | <input type="checkbox"/> Infetti | |
| | | <input type="checkbox"/> V°/Escara | <input type="checkbox"/> Infetta cm____ | <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Macerata |

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*)

NOTE _____

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"/> Detersa | <input type="checkbox"/> Lineari | <input type="checkbox"/> Integra |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | <input type="checkbox"/> II° | <input type="checkbox"/> Fibrina | <input type="checkbox"/> Macerati | <input type="checkbox"/> Arrossata |
| | | <input type="checkbox"/> III° | <input type="checkbox"/> Essudato | <input type="checkbox"/> Necrotici | |
| | | <input type="checkbox"/> IV° | <input type="checkbox"/> Necrosi | <input type="checkbox"/> Infetti | |
| | | <input type="checkbox"/> V°/Escara | <input type="checkbox"/> Infetta cm____ | <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Macerata |

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*)

NOTE _____

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"/> Detersa | <input type="checkbox"/> Lineari | <input type="checkbox"/> Integra |
| <input type="checkbox"/> Secondaria | _____ | <input type="checkbox"/> II° | <input type="checkbox"/> Fibrina | <input type="checkbox"/> Macerati | <input type="checkbox"/> Arrossata |
| | | <input type="checkbox"/> III° | <input type="checkbox"/> Essudato | <input type="checkbox"/> Necrotici | |
| | | <input type="checkbox"/> IV° | <input type="checkbox"/> Necrosi | <input type="checkbox"/> Infetti | |
| | | <input type="checkbox"/> V°/Escara | <input type="checkbox"/> Infetta cm | <input type="checkbox"/> Frastagliati | <input type="checkbox"/> Macerata |

TIPOLOGIA MEDICAZIONE (*) _____

NOTE _____

Totale punteggio Scala Braden _____

Firma _____

Data di dimissione _____ ora _____

IPOTESI DI SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA

| | |
|---|--|
| 1. MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE | |
| 2. MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO | |
| 3. MODELLO DI ELIMINAZIONE | |
| 4. MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO | |
| 5. MODELLO DI SONNO E RIPOSO | |
| 6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO | |
| 7. MODELLO DI PERCEZIONE - CONCETTO DI SE' - | |
| 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**