



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA

STUDENTE _____ anno di corso (_____)

PAZIENTE (iniziali) _____ Età 2 Religione _____ Sesso M F

U.O. _____ RICOVERATO il _____ alle ore _____

Persona da contattare: _____ (Tel)

3								X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

PROVENIENZA: casa (autonomo) 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/implementare entro il 30.mo giorno dalla dimissione:

Documentazione didattica consegnata il ____/____/____

DESCRIZIONE PATOLOGIA

<i>Bibliografia:</i>

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO CLINICO

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 saporoso comatoso
Orientamento: orientato confuso disorientato
Linguaggio: normale inceppato ingarbugliato afasia espressiva
Lingua parlata _____
Capacità di leggere l'italiano: no si
Capacità di comunicare: no si
Capacità di comprendere: no si
Capacità di integrazione: no si
Udito: alterazioni ipoacusia sordità destra sinistra
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: sì 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 sì 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 sì descrizione/sede _____

Lesioni/ferite chirurgiche: no sì descrizione/sede _____

Contusioni: nessuna sì descrizione/sede _____

Arrossamenti: no sì descrizione/sede _____

Prurito: no sì descrizione/sede _____

CAVO ORALE: arrossamenti lesioni altro . _____

ADDOME

Suoni intestinali: presenti assenti altro _____

Sonde: drenaggi cateteri specificare _____

SISTEMA NEURO – SENSORIALE

Pupille: isocoria anisocoria destra sinistra

Reattività alla luce: destra sì no specificare _____

 sinistra sì no specificare _____

Occhi: normali con secrezioni arrossati altro _____

APPARATO MUSCOLO - SCHELETRICO

Escursione articolare: completa altro _____

Equilibrio e andatura: stabile instabile

Presenza delle mani: debolezza paralisi destra sinistra

Muscoli arti inferiori: debolezza paralisi destra sinistra

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Scala di Glasgow			
Occhi	Aperti	Spontaneamente	4
		Al comando verbale	3
		Allo stimolo doloroso	2
	Nessuna risposta		1
Risposta Verbale	Ottenuta anche sollecitando il paziente con stimoli dolorosi	Conversazione orientata	5
		Fraasi confuse	4
		Parole sconnesse	3
		Suoni incomprensibili	2
		Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Al comando verbale 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: 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		

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			ESITO ?	RILEVAZIONE/ MONITORAGGIO	Firma sanitario rilevatore	Segue TRATTAMENTO
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med
/ /					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Inf. farmaci altro Med

Legenda:
 : rilevazione dolore a orari stabiliti
 : rilevazione dolore al bisogno dell'assistito
ESITO ? : rilevazione post trattamento

NR: non rilevato

Note/segnalazioni:

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 _____

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"/>  Presenza di Accesso Enterale <input type="checkbox"/>					
Data e Ora	Ispezione Acces.Venoso e sito di inserzione	Irrigazione Eparinizzazione	Sostituzione Devices	Antisepsi Cutanea e Medicazione	Firma leggibile
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti ·	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti ·	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti ·	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti ·	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti ·	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	
<i>Data</i> <i>Ora</i> _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione · / Aspirazione · Perdita liquidi dal Device · Dolore · Flogosi · Sangue · Pus · - tamp. Culturale ·	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ · EparinaUI 5 mL _____ ·	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga · Rubinetti	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% · Iodopovidone 10% in alcol · Poliuret. · - Poliuret CHG · Cerotto medicato sterile · Connettore senza ago · Disco/feltrino di CHG · Disp fissaggio senza sutura · Ago di Huber G _____ mm _____ ·	

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 Piemonte

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 $TC > 37^\circ\text{C}$ -
(I valori di riferimento possono subire variazione in base alla bibliografia più accreditata)

** Calcolo dell'acqua contenuta negli alimenti http://www.inran.it/646/tabelle_di_composizione_degli_alimenti.html

*** Relazione all'XI Congresso Nazionale FADOI, Workshop "Approccio clinico al paziente con ipersodiemia
(Sgambato et al. 2006)

Quantità d'acqua eliminata ad ogni evacuazione ca. 250-250 ml – Rif. Guida per la Nutrizione Parenterale Domiciliare ASL 14 Piemonte

DIAGNOSTICA ESAMI EMATOCHIMICI INERENTI *(richiesti dal medico)*
Coerenti con il Piano Clinico Assistenziale

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

SCHEDA RILEVAZIONE VALORI GLICEMICI

Note _____

Note _____

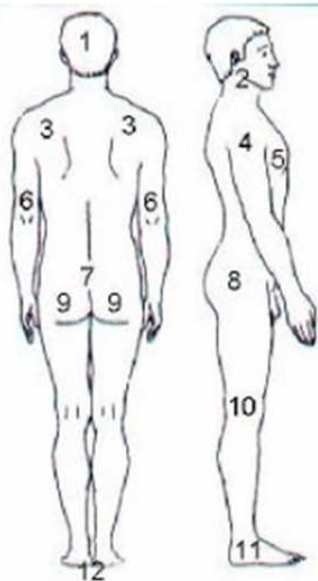
DATA	ORA	GLICEMIA	SIGLA

DATA	ORA	GLICEMIA	SIGLA

DIAGNOSTICA ESAMI STRUMENTALI INERENTI *(richiesti dal medico)*
Coerenti con il Piano Clinico Assistenziale

Esame	esecuzione		digiuno		Note: (premeditazioni, 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°/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			
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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____				

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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____				

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"/> 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"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata
<input type="checkbox"/> Secondaria	_____				

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**