



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DIDATTICA LABORATORIO PAI AREA CRITICA

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 _____												

<p>DIMESSO il _____ alle ore _____</p> <p>Elencare eventuali interventi assistenziali da rivalutare/implementare entro il 30.mo giorno dalla dimissione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

BREVE DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA
Manifestazione Fisiopatologica (Caratteristiche definenti)
Complicanze
<i>Bibliografia:</i>

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO

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 _____

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	obbedisce	6
		Allo stimolo doloroso (ottenuto premendo con le nocche delle dita sullo sterno)	Localizza il dolore
		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 in caso di deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i punteggi e considerare come risposta negativa.

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		Si	NO	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 <input type="checkbox"/> spazio <input type="checkbox"/> incontinenza <input type="checkbox"/> sorveglianza <input type="checkbox"/> favorevole <input type="checkbox"/> caregiver <input type="checkbox"/> se incontinenza 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	

Nota Bene: la prima valutazione va fatta entro 12 ore dall'ingresso del pz in reparto, successivamente è possibile rivalutare il rischio cadute in caso di 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 ATTUALI/REALI/PROBLEM FOCUSED

A. P.	1
	Caratteristiche Definenti
	Fattori Correlati
M. P.	2
B. P.	3

DIAGNOSI di RISCHIO (almeno 1)

PROBLEMI COLLABORATIVI ED OBIETTIVI:

INDICATORI E DESCRITTORI +
REDIGERE 1 PIANO EDUCATIVO INERENTE IL PROBLEMA ASSISTENZIALE O COLLABORATIVO

DATA- _____ -ORA _____ .FIRMA _____

PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

OBIETTIVI (almeno 2 per ogni DIAGNOSI)

N.O.C. /RISULTATI ATTESI

Data _____ Firma _____

