******

**FACOLTA’ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA**

**CORSO DI LAUREA D di I° livello in**

**INFERMIERISTICA**

**Sede Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I°**

**CARTELLA INFERMIERISTICA**

**AD USO DIDATTICO**

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANNO ACCADEMICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ANNO DI CORSO 1° ı 2° ı 3° ı

SEDE DI TIROCINIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI CONSEGNA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TUTOR DIDATTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Nome (iniziali) \_\_\_\_\_\_ Cognome (iniziali) \_\_\_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_\_ Sesso M \_ F \_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ora di arrivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona da contattare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVENIENZA DA: proprio domicilio -vive solo - vive con familiari

struttura socio-assistenziale -senza fissa dimora

TIPO DI RICOVERO: programmato -urgente -trasferito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MODO DI ARRIVO: sedia a rotelle –barella- a piedi

SINTOMATOLOGIA E/O DIAGNOSI MEDICA DEL RICOVERO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO

APPARATO RESPIRATORIO – CIRCOLATORIO

Temperatura corporea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caratteristiche del respiro: -eupnoico -dispnoico- bradipnoico -tachipnoico

 superficiale – profondo-altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tosse: no -si tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polso (p.a.p.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ritmo: \_ regolare \_ irregolare

Pressione arteriosa (P.A.) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mm/Hg rilevata al braccio dx -braccio sx

SISTEMA METABOLICO – TEGUMENTARIO

CAVO ORALE: arrossamenti -lesioni altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUTE: Colorito: normale - pallida - cianotica - itterica - altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMPERATURA: normale - fredda -calda sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDEMI: no - si descrizione/sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LESIONI/FERITE CHIRURGICHE : no -si descrizione/sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Istruzioni per compilazione accertamento**

- Domande sui diversi modelli se appropriato e in modo appropriato

**- L' esame fisico è sviluppato all' interno dei modelli**

**Scale:**

- Braden (calcolare per tutti i pazienti con degenza superiore alle 24 ore, escluso ostetricia e pediatria)

- Barthel (se indicata)

- Scala NRS per valutazione del dolore

- MUST Malnutrition Universal Screening Tool

- Conley se indicato

- Glasgow score se indicato

**Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modello di percezione e di gestione della salute**  | Descrive 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** | Descrive 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 condizione della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.  |
| **Modello di eliminazione** | Descrive 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 attivita’ esercizio fisico** | Descrive 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**  | Descrive 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** | Descrive 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'** | Descrive 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** | descrive 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 sessualita' e riproduzione** | descrive 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** | descrive 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** | descrive 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  |

Bibliografia di riferimento

* NANDA, (2012) Diagnosi infermieristiche 2012-14 CEA Milano.
* *Gordon M. (2009) Diagnosi Infermieristiche processo e applicazioni CEA Milano.*
* *Gordon M Manual of Nursing Diagnosis (2011)12° ed. Jones and Bartlett Publisher, LLC ,USA*
* **Oakland Community College Nursing Department/NUR 1530 *NURSING ASSESSMENT OF FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS*** <https://www.oaklandcc.edu/nursing/> ***docs/gordonnur 1530.pdf accesso il 31 gennaio 2013***

|  |  |
| --- | --- |
| **1 MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile □**   | M. disfunzionale : □  |
| Storia di saluteDiabete □ ipertensione □ problemi cardiaci □Problemi respiratori □ altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Consumo di alcool no □ si □ bicchieri di vino □Fumo □ no □ si □ n° sigarette fumate/dì\_\_\_\_\_\_\_Uso di altre sostanze no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo di dieta: ………………………………………………………………………Fa attività fisica □ quale □Allergie note no □ si □ farmaci □ alimenti □ lattice □ iodio □ altro □ : \_\_\_\_\_\_Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Terapia a domicilio/in corso : no □ si □ Rispetto della prescrizione a domicilio si □ no □  | Problemi /diagnosi infermieristiche  |
| Farmaci | Dosaggio | Frequenza /die | Ultima dose |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **2 MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO**  non valutabile □  | M. disfunzionale:□  |
| Dieta speciale / supplementi: no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Abitudini alimentari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ restrizioni dietetiche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Appetito: normale □ aumentato □ diminuito □ gusto diminuito □ nausea □ vomito □ stomatite □Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi: no □ si □ \_\_\_\_ kg di aumento/perdita\_\_\_\_Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Esame fisico:**Temperatura corporea (TC)****Peso attuale** Kg \_\_\_\_altezza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IMC (peso Kg./ altezza m 2)\_\_\_\_\_\_\_\_ **MURST**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMC |  > 20 (> 30 obeso ) | 0 |  18,5-20,0 |  1 | <18,5 | 2 |  |
| decremento ponderale non volon-tario 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**  Totale |  |

**Dentizione** Assenza dei no □ si □ Protesi dentale □ superiore □ parziale □ completa □ inferiore □ parziale □ completa □ Difficoltà di deglutizione (disfagia): no □ solidi □ liquidi □ **Nutrizione** Enterale con SNG tipo: …………… ch: ………..posiz. il/.: .…………………..…..PEG tipo: …………… ch: ………..posiz. il.: .…………………….…condizioni area inserzione: ………………………………………………………….…….**Glicemia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mucosa orale alterazioni no □ si □ **Catetere vascolare venoso**: no □ si □ periferico □ centrale □ PIC □ sede: sx □ dx □ inserito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimosso il \_\_\_\_\_\_ inserito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimosso il \_\_\_\_\_\_**Cute** idratata si □ no □ edemi □ ascite □ cianotica □ itterica □ pallida □ Integra □ lesioni □ sede □ medicazioni □ulcere da pressione si □ no □ stadio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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°  | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

*Legenda:* I° II° III° IV°

stadiazione: eritema cutaneo distruzione dell’epidermide ferita a tutto spessore estesa distruzione dei tessuti o alla necrosi

 e/o derma

Altre osservazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SCALA DI BRADEN RILEVAZIONI DATE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VARIABILI | **4** | **3** | **2** | **1** |  |  |  |
| Percezionesensoriale | Non limitata | Leggermentelimitata | Molto limitata | Totalmentelimitata |  |  |  |
| Umidità | Raramentebagnato | Occasionalmentebagnato | Spessobagnato | Costantementebagnato |  |  |  |
| Attività | Camminafrequentemente | Camminaoccasionalmente | In poltrona | Allettato |  |  |  |
| Mobilità | Limitazioniassenti | Parzialmentelimitata | Molto limitata | Completaimmobilità |  |  |  |
| Nutrizione | Eccellente | Adeguata | Probabilmenteinadeguata | Molto povera |  |  |  |
| Frizionamentoe scivolamento |  | Senza problemiapparenti | Problemapotenziale | Problema |  |  |  |
| Rischio se inferiore o uguale a 16 **INDICE BRADEN**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3 MODELLO DI ELIMINAZIONE** non valutabile □  | M. disfunzionale: □  |
| **Eliminazione intestinale** Frequenza evacuazioni/die \_\_\_\_ stipsi □ caratteristiche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abitudini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data dell’ultima evacuazione\_\_\_\_\_\_\_Uso di clisteri/lassativi: no □ si □ altro □ \_\_\_\_\_ frequenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_,**Eliminazione urinaria** Frequenza /die ………… caratteristiche urine……………………………………….disuria □ nicturia □ bisogno impellente □ ritenzione □difficoltà a rimandare la minzione □ difficoltà a raggiungere il bagno □**Incontinenza :** intestinale no □ si □ urinaria no □ si □ totale □ diurna □ notturna □ occasionale □ uso di pannolone □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esame fisico:urocontrol □ catetere vescicale □ inserito in data \_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_Stomia tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autonomo nella gestione della stomia: sì □ no □ **Addome : soffice** □ **trattabile** □ **globoso** □Sonde: drenaggi □ cateteri □ specificare …………………………… sede …………………**Altre osservazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4 MODELLO DI ATTIVITA’ - ESERCIZIO FISICO** non valutabile □   | M. disfunzionale: |
| **Attività fisica**  no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Deambulante si □ no □ con ausili: stampelle □ deambulatore □ bastone □ split/tutore □ sedia a rotelle □ altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobilità a letto no □ si □ eventuali modificazioni \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cura di se’ (igiene personale) : non assistita □ assistita** □oppure Capacità di CURA DI SÉ0 = Indipendente 1 = Aiuto di presidi 2 = Assistenza da persone3 = Assistenza da persone più attrezzature 4 = Dipendente/DisabileMangiare/Bere □ Fare il bagno □ Vestirsi/Curarsi □ Uso del bagno □ Deambulazione □ Salire le scale □**Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Esame fisico:**Funzione cardiocircolatoria :** P.A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_F.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ritmo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Respirazione:** F.R. \_\_\_\_\_\_\_ suoni respiratori □ rantoli □ tosse □ espettorato □Dispnea □ a riposo □ da sforzo □**Ossigenoterapia** O2 lt/min.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ maschera □ occhialini □Equilibrio e andatura: stabile □ instabile □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altre osservazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

SCALA DI BARTHEL RILEVAZIONI DATE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **FUNZIONI ESAMINATE** | NO | CON AIUTO | INDIP. |  |
| 1) Mangiare (se bisogna tagliare il cibo = con aiuto) | **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 e alzarsi dal WC (togliersi gli indumenti, pulirsi, ecc.) | **0** | **5** | **10** |  |
| 5) Fare il bagno | **0** | **0** | **5** |  |
| 6) Camminare sul piano [*Spingere la sedia a rotelle (se non deambula)*] | **0****0** | **10****0** | **15****5** |  |
| 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** |  |
| N.B. il soggetto che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerato dipendente in quella funzione **.INDICE BARTHEL =**  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5 MODELLO SONNO – RIPOSO** non valutabile □   | M. disfunzionale: □ |
| Abitudini: ore/notte \_\_\_\_\_ pisolino pomeridiano □Si sente riposato al risveglio no □ si □ Difficoltà ad addormentarsi no □ si □ : risveglio precoce □ insonnia □ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Uso di farmaci □ altre abitudini per favorire il sonno □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6 MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO** non valutabile □   | M. disfunzionale: □  |
| **L****ingua** parlata italiano □ altra lingua □quale**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Linguaggio: normale □ disturbi del linguaggio □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sensi :**Udito: normale □ alterazioni □ ipoacusia □sordità □ destra □ sinistra □ protesi □ destra □ sinistra □Vista: normale □ occhiali □ lenti a contatto □ alterazioni □quali □Altro\_\_\_\_\_\_\_\_**DOLORE** no □ si □ acuto □ cronico □ livello sede □ trattamento in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Livello accettabile di dolore \_\_\_\_ come controlla abitualmente il dolore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esame fisico :Stato di coscienza: vigile □ soporoso □ comatoso □ (Glasgow se indicato) \_\_\_\_\_Orientamento: orientato si □ no □ tempo □ spazio □ Afasia □ disfasia □ disartria □**Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

**GLASGOW COMA SCALE (GCS): GCS > 8 NON IN COMA** date rilevazione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APERTURA DEGLI OCCHI (Eye Opening Response) |  - nessuna apertura degli occhi - apertura degli occhi in risposta a stimoli dolorosi - apertura degli occhi in risposta a stimoli verbali - apertura degli occhi spontanea | 1234 | 1234 |  |
| RISPOSTA VERBALE (Verbal response) | - nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato) - suoni incomprensibili - parla e pronuncia parole, ma incoerenti - confusione, frasi sconnesse - risposta orientata e appropriata | 12345 | 12345 |  |
| RISPOSTA MOTORIA (Motor response) |  - nessun movimento - estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata) - flessione al dolore (lenta, distonica: risposta decorticata) - retrazione dal dolore (si ritrae rapidamente se viene applicato uno stimolo doloroso)  - localizzazione del dolore (cerca lo stimolo doloroso) - in grado di obbedire ai comandi | 123456 | 123456 |  |
|  | Totale  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7 MODELLO DI PERCEZIONE DI SE’ -CONCETTO DI SE’**  non valutabile □ | M. disfunzionale: □ |
| Riferisce ansia/preoccupazioni sullo stato di salute no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8 MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS** non valutabile □ | M. disfunzionale: □ |
| Principali preoccupazioni (sull’ospedalizzazione o malattia, altro):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Perdite/cambiamenti importanti nell’ultimo anno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9 MODELLO DI SESSUALITA’ – RIPRODUZIONE** non valutabile □ | M. disfunzionale: □ |
| Se donna (se appropriato)Ultima mestruazione: …………………………… in menopausa □ In gravidanza: no □ si □con figli □……………….Utilizzo contraccezione EP □ si □ no □ se uomo (se appropriato) : disturbi □ no □ si □ riferibili a □ effetti collaterali dei farmaci □ problemi di salute □ interventi □ altro □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ci sono cambiamenti nella funzione/nel modello no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **10 MODELLO RUOLO – RELAZIONI** non valutabile □  | M. disfunzionale: □  |
| Stato civile: ………………………………. Occupazione:…………………………………….Sistema di supporto: coniuge □ figli □ parenti □ altra persona □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nessuno □ Vive in famiglia □ da solo □ in struttura □ altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Persona di riferimento da contattare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11 MODELLO DI VALORI – CREDENZE** non valutabile □   | M. disfunzionale: □  |
| Pratiche religiose/spirituali importanti per lei (durante il ricovero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemi /diagnosi infermieristiche  |

**PROBLEMA/DIAGNOSI INFERMIERISTICHE IN ORDINE DI PRIORITA’ (max 3)**

**1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROBLEMA/DIAGNOSI INFERMIERISTICA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

correlato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che si manifesta con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obiettivo/risultato per la persona assistita**

**Indicatori (risultato atteso misurabile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Interventi**  | Frequenza/tempo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA E ORA** | **N. DIAGNOSI INFERMIERISTICA** | **ATTIVITÀ INFERMIERISTICA** | **FIRMA DELL’INFERMIERE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |