**FACOLTA’ DI FARMACIA E MEDICINA** 

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA B**

**CARTELLA INFERMIERISTICA**

**USO DIDATTICO**

**SCHEDA DI ACCERTAMENTO PER MODELLI FUNZIONALI DI GORDON**

**Studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Descrizione del caso clinico**

**Cognome e nome Data di nascita M F**

**Ora U.O.**

**Residente/domiciliato a Diagnosi medica di ingresso**

**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***

**ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO di base all’ingresso/ammissione/ricovero della persona assistita**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile □** | | | M. disfunzionale : □ | |
| Storia di salute  Diabete □ 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** |  | |  |  | |
| 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 |  | |  |  | |
| Frizionamento  e scivolamento | |  | Senza problemi  apparenti | Problema  potenziale | 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 SÉ  0 = Indipendente 1 = Aiuto di presidi 2 = Assistenza da persone  3 = Assistenza da persone più attrezzature 4 = Dipendente/Disabile  Mangiare/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 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |  |
| 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 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |  |
| 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 | 1  2  3  4  5  6 | 1  2  3  4  5  6 |  |
|  | 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 |
|  |  |

**Valutazione: risultato finale**

**SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI**

**NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LETTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FOGLIO N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATA** | | | **DATA** | | | **DATA** | | | **DATA** | | | **DATA** | | | **DATA** | | | **DATA** | | |
| **TC** | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | | **24 8 16** | | |
| **40**  **39**  **38**  **37**  **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EMOCOLTURE** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** | **CVC**  **CVP** |
| **CATETERE**  **VESCICALE** | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | | **O INTRODUZIONE**  **O SOSTITUZIONE**  **O RIMOZIONE**  **O COLTURA** | | |
| **DRENAGGI**  **QUANTITA’ DRENATE** | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14…………………….**  **.H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | | **TIPO……………………**  **H6………………………**  **H14……………………..**  **H 21…………………….** | | |
| **MEDICAZIONI** | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | | **O FERITA ASCIUTTA**  **O FER. BAGNATA**  **SIERO**  **SANGUE**  **PUS**  **O RAC. SOTTOCUTANEA** | | |
| **PL** | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ALTRO………………..** | | |
| **ESPETTORATO** | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | | **O ES. CITOCHIMICO**  **O ES. COLTURALE**  **O ES. CITOLOGICO**  **O BK**  **O ALTRO…………………** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Documentazione Infermieristica** - Pagina n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cognome Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.L.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **DATA E ORA** | **N. DIAGNOSI INFERMIERISTICA** | **ATTIVITÀ INFERMIERISTICA** | | **FIRMA DELL’INFERMIERE** | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **Ora** | **PA** | **P** | **R** | **ENTRATE** | **USCITE** | **ALVO** |
| **M**  **A**  **T**  **T**  **I**  **N**  **A** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **BILANCIO**  **IDRICO** | | |  |  | **FIRMA INFERMIERE** | |
| **P**  **O**  **M**  **E**  **R**  **I**  **G**  **G**  **I**  **O** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **BILANCIO**  **IDRICO** | | |  |  | **FIRMA INFERMIERE** | |
| **N**  **O**  **T**  **T**  **E** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **BILANCIO**  **IDRICO** | | |  |  | **FIRMA INFERMIERE** | |

**SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA**

Cognome – Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricoverato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Diagnosi d’ingresso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patologie concomitanti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Allergie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Protesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situazione familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefoni utili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Risponde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### STATO NEUROLOGICO

* Vigile, orientato e collaborante
* Disorientato
* Rallentato
* Saporoso: risponde a stimoli verbali; dolorosi
* Agitazione psico-motoria

Pupille: isocoriche; anisocoriche

Linguaggio: disfasico; afasia motoria; afasia sensitiva; afasia mista

### MOTILITA’

* Autonomo si alza in piedi
* Dipendente si siede in carrozzina
* Emiplegia/paresi si siede con le gambe fuori dal letto
* Plegia/paresi aa.sup. seduto sul letto
* Plegia/paresi aa inf. posizione obbligata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tetraplegia/paresi si muove spontaneamente nel letto

mobilizzazione passiva

### ATTIVITA’ RESPIRATORIA

eupnea; dispnea

ossigenoterapia: mascherina; occhiali

tracheotomia: cannula fenest.; cann. non fenest.; cann. Cuff.; cann. non cuf.

### DIETA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ELIMINAZIONE

Incontinenza: Urinaria; fecale

Diuresi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presidi utilizzati: pannolone; condom catetere

Alvo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultima evacuazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ spontanea

glicerina

clistere

lassativo

svuotamento

**DECUBITI**  **no; si**

Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stadio NPUAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidio antidecubito utilizzato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### PRESIDI INTRODOTTI

* CVC
* Catetere vena periferica
* SNG/PEG
* Cannula tracheostomica

**ULTIMA TERAPIA SOMMINISTRATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### OSSERVAZIONI

DATA FIRMA INFERMIERE

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