Briefing 2°Tirocinio
1° anno
23/24 Aprile 2025

Tutor di riferimento

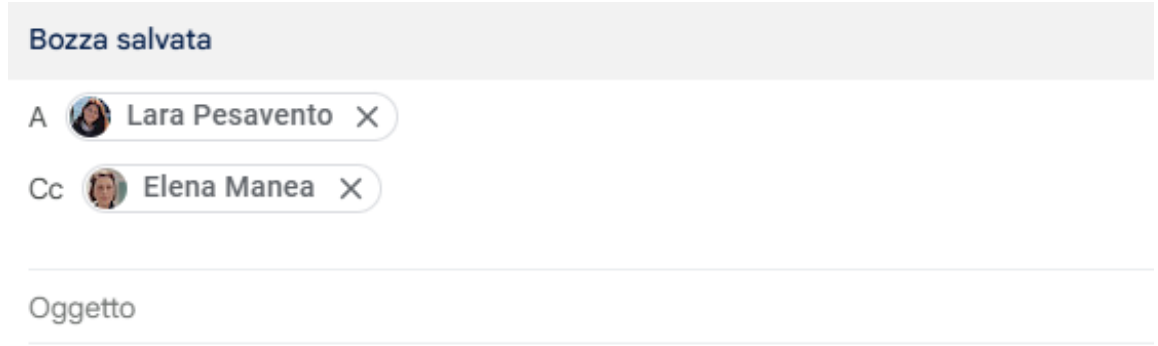
Per comunicazioni fate sempre riferimento ai tutor d' anno per tutte le sedi di tirocinio, scrivendo ad entrambi i tutor per conoscenza:

lara.pesavento@aulss7.veneto.it

elena.manea@aulss7.veneto.it

Nelle mail specificare sempre:

Cognome e nome , Unità operativo dove state svolgendo tirocinio, e la motivazione del contatto.



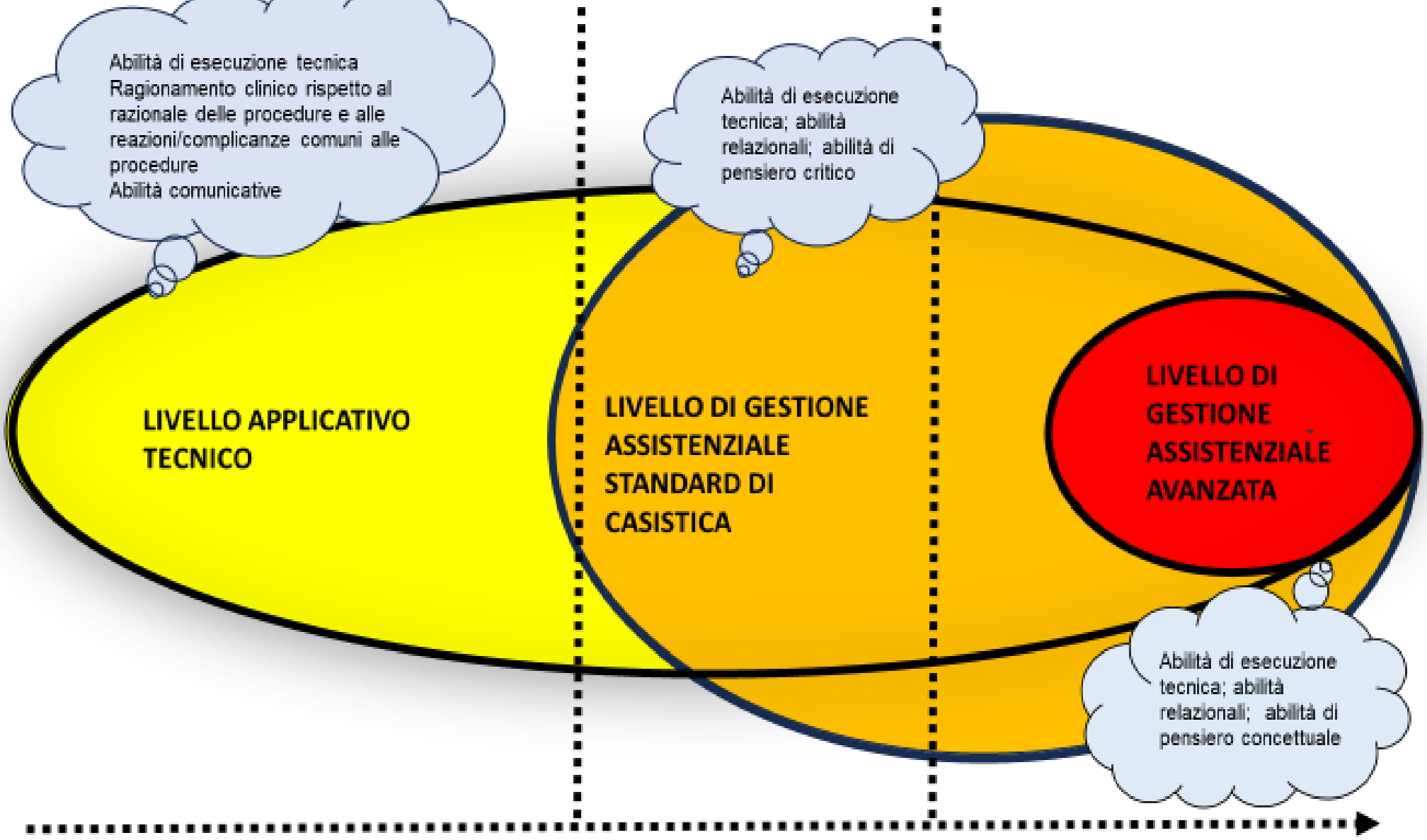
Principi pedagogici su cui si fonda il tirocinio

-Ruolo attivo dello studente;

-Differenziazione dei percorsi e opportunità in rapporto alle caratteristiche dello studente;

-Supervisione e facilitazione nei processi di apprendimento;

-Trasparenza del processo di apprendimento.

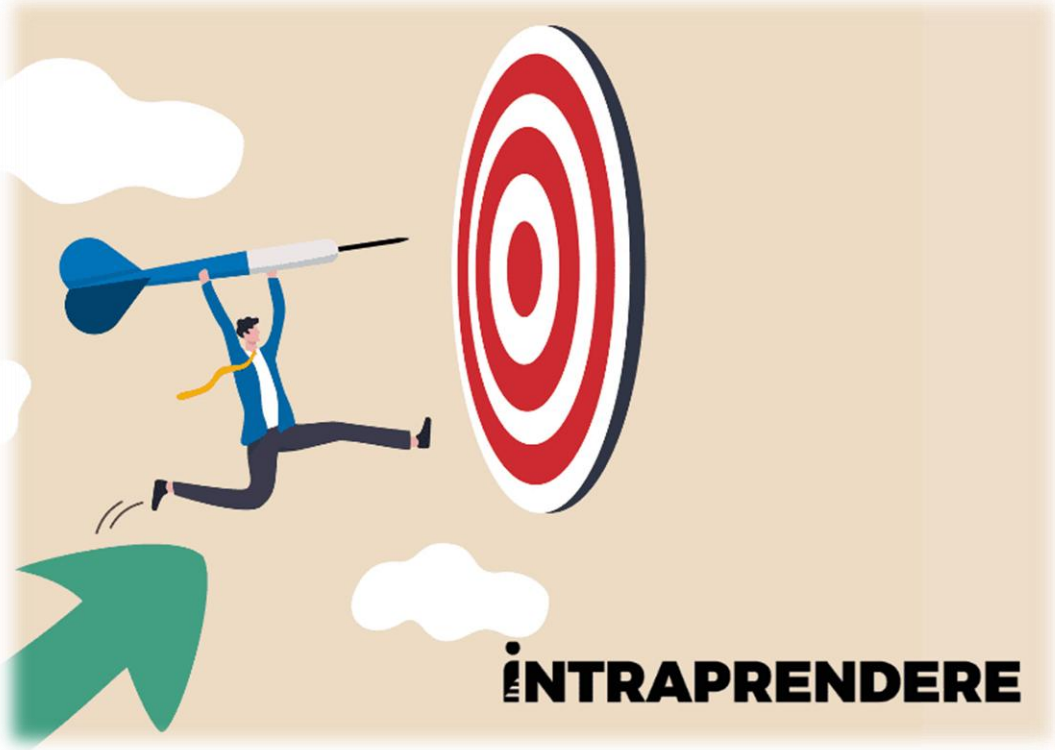

Abilità di esecuzione tecnica
Ragionamento clinico rispetto al razionale delle procedure e alle reazioni/complicanze comuni alle procedure
Abilità comunicative
Abilità di esecuzione tecnica; abilità relazionali; abilità di pensiero critico
LIVELLO APPLICATIVO TECNICO
LIVELLO DI GESTIONE ASSISTENZIALE STANDARD DI CASISTICA
LIVELLO DI GESTIONE ASSISTENZIALE AVANZATA
Abilità di esecuzione tecnica; abilità relazionali; abilità di pensiero concettuale

Quali sono gli obiettivi del 1° anno?

-Acquisire abilità tecnico operative sul 50% delle procedure assistenziali a procedura definita;

-Sviluppare abilità relazionali con assistiti e caregivers che richiedono un approccio relazionale di base: ascolto, comunicazione verbale e non verbale, riformulazione dei contenuti del messaggio;

-Sviluppare capacità di ragionamento clinico per identificare il livello di funzionalità e autonomia in assistiti clinicamente stabili.



Ricorda:

Informazioni utili (regolamenti, procedure, orari colloqui, briefing e debriefing, rientri d'aula) > MOODLE DI TIROCINIO

Informazioni su ritiro/consegna chiavi armadietti, spogliatoi, badge >SEGRETERIA

Orari di tirocinio> DRIVE CONDIVISO

MENTOR

Per ogni contesto di tirocinio stiamo individuando un Mentor: coordinatore e/o uno degli infermieri guida, con il ruolo di interlocutore tra contesto di tirocinio e tutor didattico al fine di

- ✓ Facilitare la comunicazione / condivisione tra gli infermieri guida;
- ✓ Facilitare la sperimentazione delle opportunità formative a tutti gli student;
- ✓ Garantire la sicurezza dello studente e del paziente;
- ✓ Punto di riferimento per modifiche / integrazioni orari dipendenti dall’organizzazione.

Se non è presente il mentor nel mio contesto?

Fare comunque riferimento in primis al coordinatore per eventuali malattie o assenze di infermieri guida, nonchè per concordare eventuali recuperi di assenze per malattia

Programmazione orari di tirocinio

- Gli orari sono programmati sulla base della **presenza degli infermieri guida** nei turni di lavoro
- L’orario programmato nel piano di tirocinio deve essere rispettato
- Le presenze non concordate non verranno conteggiate e pertanto andranno recuperate

Monte ore annuale criterio unico di ammissione all’esame di tirocinio

Programmazione orari di Tirocinio

- Sono disponibili nel Drive condiviso «CDL INFERMIERISTICA SCHIO – ORARI DI TIROCINIO»
- Potete considerarli definitivi quando viene inserita la scritta in rosso "ORARIO DEFINITIVO VISIONATO DAI TUTOR“
- Raccomandiamo un controllo frequente degli orari per eventuali modifiche
- Il tempo di consegna NON va inserito nel conteggio totale delle ore: le guide di tirocinio chiedono se possibile di arrivare 10-15 minuti prima del turno per prendere insieme consegna (FONDAMENTALE NELLA PRESA IN CARICO)

Programmazione orari di tirocinio

- L’unico cambio turno che non ha necessità dell’approvazione dei tutor è il cambio turno fatto con poco preavviso per seguire il turno dell’infermiere guida (es. cambio turno accordato il pomeriggio per il giorno seguente)
- Va comunque inviata mail per conoscenza del cambio effettuato a **entrambi i tutor d’anno** e al mentor o coordinatore di reparto
- Se durante la settimana avete necessità di comunicare con URGENZA con i tutor è preferibile TELEFONARE IN SEDE e eventualmente chiedere spiegazioni o parlare con altri tutor e/o coordinatrice del corso (se i tutor d’anno non sono presenti)

Frequenza di tirocinio

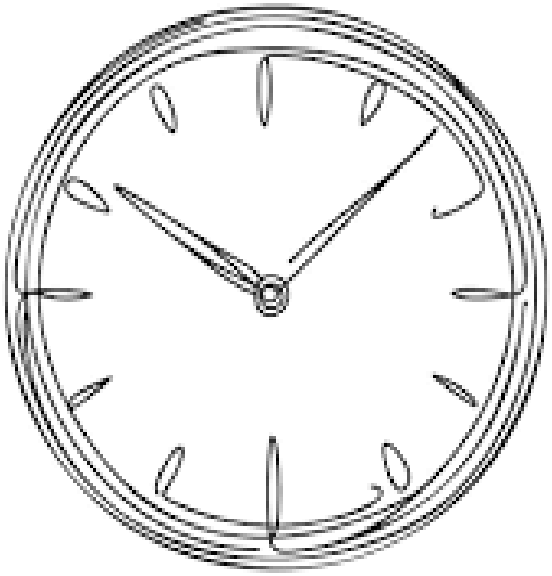
In caso di assenza per malattia:

- Avvisare al più presto i Tutor via e-mail o telefono (segreteria di sede) e successivamente comunicare il periodo\durata

- In particolare: durante il tirocinio in Unità Operativa avvisare SEMPRE TELEFONICAMENTE dell'assenza con tempestività (prima dell'inizio del turno previsto) l'infermiere referente o il coordinatore dell'U.O. e successivamente comunicare il periodo\durata della malattia.

Controlla sempre:

- Che la turnistica rispetti la normativa europea (stacco di almeno 11 ore fra due turni e non più di 6 giorni consecutivi senza riposo di 24 ore)
- Il turno di notte da 12 ore può essere ridotto a 10 ore (termine ore 5:00) – concordare ciò con il tutor e il mentor/guida di tirocinio
- Eventuali anomalie vanno tempestivamente comunicate



E’ compito e responsabilità dello studente

Documentare le ore di presenza in tirocinio secondo le modalità definite (COMPILARE E FAR FIRMARE IL FOGLIO FIRME ALLA GUIDA CONTESTUALMENTE ALLA FINE DEL TURNO), lasciarne una copia in U.O. a fine esperienza e inserire il conteggio totale delle ore nell'apposita casella

Un po’ di cura e attenzione, per favore!

Totale ore					

!!!A CURA DELLO STUDENTE!!!

*** = compilazione a cura dello studente**

Firma dello studente _____

Firma Tutor di riferimento _____

Attenzione al monte ore!

- È responsabilità dello studente tenere il conteggio delle proprie ore di tirocinio (libretto di autoapprendimento)
- I tutor d'anno non forniscono informazioni sul monte ore raggiunto da ogni singolo studente
- Fondamentale rispettare il monte ore programmato e attivarsi tempestivamente con mentor e/o coordinatori per recuperare i giorni di assenza
- Possibilità di accedere all’esame di tirocinio con il 10% di debito orario

Scheda di valutazione

- Controllare nome, cognome, matricola, apporre il proprio indirizzo mail e un recapito telefonico
- Lasciarla nella busta in dotazione il primo giorno di tirocinio in reparto in un luogo concordato
- **Provvedere entro 2-3 turni al massimo alla compilazione del contratto formativo**
- **Foglio firme e scheda di valutazione devono essere firmati sia dallo studente sia dalle guide di tirocinio!**
- E' responsabilità dello studente anche il verificare, assieme all'infermiere guida, la corretta compilazione della scheda di valutazione. **Eventuali spazi bianchi nella colonna di verifica delle procedure acquisite verranno conteggiati come A (assenti)**

Il primo giorno

- ✓ E’ sempre buona norma presentarsi con 15 minuti di anticipo per poter essere accolti; presentarsi anche al coordinatore/mentor del contesto
- ✓ Comunicare personalmente al coordinatore/mentor eventuali limitazioni o prescrizioni del medico competente

Ricorda….

Durante la presenza in tirocinio, lo studente è tenuto a mantenere un comportamento adeguato al ruolo professionale per cui si sta formando, come indicato nello strumento "Comportamento atteso dallo studente in tirocinio clinico".

Lo studente:

-contratta con il mentor/ infermiere guida quali aspetti migliorare a seconda delle opportunità offerte dal contesto (vedi contratto formativo) secondo gli obiettivi di anno anche **con particolare riferimento alle procedure di cui non ha acquisito sufficiente padronanza/capacità** nel tirocinio precedente

-Definisce, con l’infermiere guida, il **contratto formativo** che consente di chiarire, **prima di iniziare il tirocinio**, le attività, le aspettative, gli obiettivi ed i bisogni di apprendimento clinico dello studente, nonché le regole e la direzione entro cui le diverse attività verranno svolte.

Durante il tirocinio, **redige un elaborato (Report di Area Medica/Chirurgica) sulla base delle indicazioni del Tutor didattico.**

Focus: la stesura del contratto formativo

La stesura del contratto formativo

- Riflessione sulle esperienze precedenti → identificare carenze, debolezze soprattutto in termini di competenze professionali
- Concordare assieme alla guida di tirocinio/mentor gli obiettivi specifici di apprendimento A PARTIRE DAGLI OBIETTIVI D'ANNO valutando tempi, risorse disponibili, opportunità formative del contesto
- Individuare e condividere quali sono gli indicatori per la valutazione (contenuti, parametri, metodologia)
- Chiedere supervisione in itinere, nel rispetto del contratto e per garantire una valutazione formativa costante
- Se necessario, revisionare o ritarare il contratto

IL CONTRATTO FORMATIVO

è un accordo scritto tra insegnante e studente, che impegna entrambi a raggiungere le mete concordate.

- Analizzare/identificare i propri bisogni di apprendimento e definire gli obiettivi da raggiungere
- Identificare strategie e risorse e definire i tempi entro i quali lo studente si propone di raggiungere gli obiettivi prefissati (utili anche obiettivi intermedi)
- Definire quali evidenze/risultati daranno prova del raggiungimento degli obiettivi
- Definire chi, come, quando e sulla base di quali criteri avverrà la valutazione dei risultati attesi

Attenzione!!

Il contratto formativo è **VINCOLANTE** nella valutazione perché definisce su quali procedure lo studente verrà valutato e con quali criteri di risultato

Utile formulare obiettivi intermedi per capire se coerenti/pertinenti e se la traiettoria/taratura del contratto è corretta (opportunità formative, andamento del percorso dello studente)

Quindi...

E' fondamentale, anche nel vostro interesse, essere chiari e precisi sul tipo di procedure su cui poi sarete valutati e esplicitare i criteri e le tempistiche che guideranno la valutazione del vostro infermiere guida-mentor

Come formuliamo un obiettivo?

Partiamo da:

«lo studente sarà in grado di + VERBO DI AZIONE» (scriverò l'azione che io mi aspetto)

- L'azione deve essere osservabile / misurabile / oggettivabile
- Se utilizziamo idonea / adeguata… dobbiamo dire rispetto a cosa

OBIETTIVO FORMATIVO: Lo studente al termine del tirocinio sarà in grado di eseguire la seguente procedura(...) dimostrando consapevolezza dei rischi e delle complicanze, motivando le azioni previste, identificando il livello di autonomia e dipendenza dell'assistito, organizzando spazi e materiali necessari, rispettando i tempi di attuazione, garantendo la sicurezza per se stesso e per l'assistito, attuando la procedura in maniera completa, interagendo in maniera opportuna con il paziente e gli altri operatori		
ATTIVITA' FORMATIVA (!!! ESEMPIO !!!)	**MODALITA' DI VALUTAZIONE**	**PERFORMANCE MINIMA PREVISTA (valutazione globale)**
Medicazione sito chirurgico	7 giorni: Esecuzione con supervisione di 1/2 medicazioni semplici Alla fine del tirocinio: esecuzione in autonomia di almeno 5 medicazioni semplici	Lo studente interagisce con il paziente e identifica il suo grado di collaborazione durante la procedura. Sa riferire i principali rischi e complicanze correlate alla medicazione sterile, motiva la scelta del materiale in uso e organizza con cura lo spazio di lavoro. Indossa i DPI e rispetta l'asepsi, attua la procedura in maniera completa

Scheda di valutazione

Scadenze – Briefing e Debriefing

- 20 Maggio ore 12 : caricamento report tirocinio
- 21-22-23Maggio : Debriefing 2° tirocinio (iscrizione su Moodle)
- 12 Maggio : 2° Test Certificativo (su tutti i laboratori e rientri d'aula)

Mandato di tirocinio

(da caricare entro il 20 Maggio ore 12)

1. **scegliere il modello di report corretto: AREA MEDICA o AREA CHIRURGICA in base al mandato assegnato**
2. **Presentazione sintetica del caso: se area chirurgica porre particolare attenzione a dettagli su INTERVENTO CHIRURGICO (data e ora di ingresso e uscita dalla s.o., tipo di intervento eseguito, tipo di anestesia, complicanze intraoperatorie, condizioni del paziente al rientro in reparto…)**
3. **Fondamentale la CONGRUENZA tra quanto dichiarato nella presentazione del caso e quanto compilato nell'accertamento**

Nel report di area chirurgica l'accertamento e il processo diagnostico DEVONO OBBLIGATORIAMENTE essere svolti nella fase post-operatoria

Struttura del report

CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA
Sede di Schio

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO

- dati relativi alla persona (identità, età, sesso)
- motivo e condizioni di presa in carico (iter seguito, problema di salute)
- necessità percepite dalla persona e rilevate al momento del ricovero
- note significative (anamnesi, precedenti ricoveri/problemi)

Struttura del report: area medica

CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA
Sede di Schio

1.0 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Reparto _____ **N. letto** _____

Cognome nome *(solo iniziali)*	data nascita *(non compilare)* Età_____	sesso ☐ M ☐ F
residenza *(non compilare)* domicilio (se diverso da residenza) *(non compilare)*	Telefono *(non compilare)* Cellulare *(non compilare)*	

Ricovero		**Provenienza**
data _____ ora _____	❑ urgente ❑ programmato	❑ domicilio ◇ da solo ◇ con famigliari ◇ con badante ◇ ..... ❑ attivazione ADI ☐ attivazione UVMD ❑ altro ospedale..... ❑ altro reparto ..... ❑ casa riposo/ RSA .....
diagnosi medica ingresso:		Intervento programmato di:

Ultimi ricoveri in Ospedale		
data ..... reparto..... richiesta CC: ☐ si ☐ no	data ..... reparto..... richiesta CC: ☐ si ☐ no	data ..... reparto..... richiesta CC: ☐ si ☐ no

Persone da contattare	**Grado di parentela**	**N° Telefonici utili**
(non compilare)		*(non compilare)*
(non compilare)		*(non compilare)*
(non compilare)		*(non compilare)*

PATOLOGIE CONCOMITANTI Riferite dall'utente	**TERAPIA DOMICILIARE Riferite dall'utente** **Farmaco\forma\dosaggio\orario**	**INDICAZIONI ALLA PROFILASSI***	**ALLERGIE - INTOLLERANZE**
....	.....	❑ Standard ❑ Da Contatto ❑ Via aerea	❑ Allergene ○ Lattice ○ Alimentare:

Struttura del report: area chirurgica

CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA
Sede di Schio

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

POSTOPERATORIO specifica: I - II - III – IV – V GIORNATA

Reparto _____ **N. letto** _____

Cognome nome *(solo iniziali)*	data nascita *(non compilare)* Età_____	sesso ☐ M ☐ F
residenza *(non compilare)* domicilio (se diverso da residenza) *(non compilare)*	Telefono *(non compilare)* Cellulare *(non compilare)*	

Ricovero		Provenienza
data _____	❑ urgente	❑ domicilio ◇ da solo ◇ con famigliari ◇ con badante ◇ ..... ❑ attivazione ADI ☐ attivazione UVMD ❑ altro ospedale.....

Specificare la giornata postoperatoria in cui viene eseguito l'accertamento

Il caso del signor Bruno

Reparto MEDICINA N. letto XXX

Cognome nome *(solo iniziali)* B. G.	data nascita *(non compilare)* Età 77	sesso ☐ M ☐ F
residenza *(non compilare)*	Telefono *(non compilare)*	
domicilio (se diverso da residenza) *(non compilare)*	Cellulare *(non compilare)*	

Ricovero		Provenienza
data 22/02/2024	☐ urgente	☐ domicilio ◇ da solo ◇ con famigliari ◇ con badante ◇ .....
ora 10:30	☐ programmato	☐ attivazione ADI ☐ attivazione UVMD
		☐ altro ospedale.....
		☐ altro reparto Pronto soccorso
		☐ casa riposo/ RSA .....
diagnosi medica ingresso: Insufficienza respiratoria in polmonite e adenocarcinoma polmonare		Intervento programmato di:

Ultimi ricoveri in Ospedale		
data 1 mese fa	data Gennaio 2024	data .....
reparto Medicina Santorso	reparto Medicina Asiago	reparto.....
richiesta CC: ☐ si ☐ no	richiesta CC: ☐ si ☐ no	richiesta CC: ☐ si ☐ no

Persone da contattare	Grado di parentela	N° Telefonici utili
(non compilare)	Moglie	*(non compilare)*
(non compilare)	Figlia	*(non compilare)*
(non compilare)	figlia	*(non compilare)*

PATOLOGIE CONCOMITANTI Riferite dall'utente	TERAPIA DOMICILIARE Riferite dall'utente Farmaco\forma\dosaggio\orario	INDICAZIONI ALLA PROFILASSI*	ALLERGIE - INTOLLERANZE
Adenocarcinoma polmonare IV stadio in CHT Pregresso K colon BPCO Ipertensione polmonare severa	Rivaroxaban 20 mg 1cp h 14:00 Bisoprololo 2.50 mg 1cp h 8:00 Furosemide 25 mg 1 cp ore 8:00 Tamsulosina 0,4 mg 1 cp h 20:00	☐ Standard ☐ Da Contatto ☐ Via aerea ☐ Via ematica ☐ Droplets ☐ ..... *vedi protocolli aziendali	☐ Allergene o Lattice o Alimentare: o _____ o Farmaci: o _____ ☐ Nega allergie Reazioni:

Ricordatevi di compilare bene queste parti del report: la data di ingresso del pz. può essere diversa da quella del vostro accertamento

1. 01 PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

consumo di tabacco:
- ❑ **NO, ha smesso 1 mese fa. Fumava 5 sigarette al die**
- ❑ SI. ◇ sigarette: numero.....
  ◇ pipa , sigari

consumo di alcool:
- ❑ NO
- ❑ **SI, quantità: 1 bicchiere di vino ai pasti**

uso di altre sostanze
- ❑ **NO**
- ❑ SI tipo.....

gestione della terapia domiciliare:
- ❑ autonoma
- ❑ **con aiuto di chi:**
  ◇ **coniuge** ◇ figlio/i ◇ badante ◇ Altro .....

gestione della propria salute:
- ❑ autonoma
- ❑ **con aiuto di chi: moglie**

condizioni igieniche:
- ❑ buone
- ❑ **sufficienti**
- ❑ insufficienti

osservazioni: Paziente in condizioni generali sufficienti, nonostante per la famiglia sia di difficile gestione.

1. 02 NUTRIZIONALE - METABOLICO

SISTEMA TEGUMENTARIO

Cute
- ❑ normocromica
- ❑ **pallida**
- ❑ cianotica
- ❑ itterica
- ❑ **idratata**
- ❑ disidratata
- ❑ eritema
- ❑ altro .....

Presenza di
edemi:
sede:**braccio destro, a seguito di caduta recente e conseguente frattura dell'omero**
lesioni da decubito
- ❑ no
- ❑ **si: grado: ☐1° ☐2° ☐3° ☐4°**

lieve arrossamento al trocantere sx
medicazione **Hyalo silver (katoxin)**

altre lesioni
- ❑ sede **escoriazione alla nuca (post recente caduta)**

medicazione **cerotto in TNT e garza di connettivina**

accessi vascolari

sede / tipo **CVP braccio sx 20G**

medicazione: **cerotto in poliuretano trasparente sterile, posizionato il 22/02/2024, da sostituire se scala VIPS>0**

Alimentazione:
- ❑ autonomo
- ❑ **con aiuto, per dolore al braccio dx dominante)**
- ❑ dipendente
- ❑ difficoltà alla masticazione

Apporto calorico/idrico
- ❑ **mangia 3 pasti/die**
- ❑ mangia 2 pasti/die
- ❑ mangia 1 pasti/die
- ❑ **beve >1 Lt/die**
- ❑ beve <1 Lt/die
- ❑ altro .....

Nutrizione:
- ❑ **dieta libera**
- ❑ per diabetici
- ❑ specialistica
- ❑ .....

Appetito
- ❑ aumentato
- ❑ **diminuito**

disfagia:
- ❑ solidi
- ❑ liquidi
- ❑ assoluta

Nutrizione Enterale (**NE**) **NO**
- ❑ SNG
- ❑ PEG
- ❑ .....

Nutrizione Parenterale (**NPT**) **NO**
- ❑ CVC
- ❑ CVP
- ❑ Altro.....

protesi dentale:
- ❑ **si**
  ◇ *inferiore* ◇ ***superiore***
- ❑ no

Peso: 70 Kg
Altezza: 1,82 cm
BMI: 21,13 Kg/m²

Variazioni di peso
(negli ultimi 3 mesi)
- ❑ **si: Kg – 3/4 Kg**
- ❑ no

Temperatura 36,2° C ascellare

1.03 ELIMINAZIONE

URINARIA

Diuresi

❑ **nessun problema, impostata raccolta diuresi 24h per monitoraggio quantità e peso corporeo quotidiano (pregressa IPB)**

❑ ritenzione (globo vescicale) ml_____

❑ disuria (dolore alla minzione)

❑ nicturia (minzione notturna)

❑ incontinenza occasionale (2 episodi a settimana)

❑ incontinenza abituale

Portatore di:

❑ catetere vescicale: □ temporaneo □ permanenza posizionato: il ..... tipo..... n°.....

❑ condom

❑ urostomia _____

❑ pannolone

INTESTINALE

n° volte /die.....

❑ nessun problema – regolare - continente

❑ diarrea (evacuazioni frequenti e liquide)

❑ **stipsi (< 3 evacuazioni a settimana, pregresso k colon)**

❑ incontinenza occasionale

❑ incontinenza abituale

❑ melena

❑ rettoraggia

Portatore di:

❑ stomia ◇ ileostomia ◇ colostomia

❑ pannolone: □ NO □ SI

data ultima scarica: 19/02/2024

uso di lassativi: □ NO · **SI, erbe naturali**

1.04 ATTIVITA' – ESERCIZIO

SISTEMA CARDIOVASCOLARE

FC 92 b/min PA 120/80 mmHg

○ polso: □ **ritmico** □ aritmico

○ qualità del polso: · flebile · **pieno** · altro .....

○ dolore toracico: ☐ si ☐ **no**

○ vertigini: ☐ **si, occasionalmente con conseguenti episodi di caduta** □ no

○ svenimenti: ☐ **si, occasionali con conseguenti episodi di caduta** □ no

○ PM Temporaneo **NO**

○ PM Definitivo **NO**

SISTEMA RESPIRATORIO

Frequenza Respiratoria 20 atti/min

SpO_2 % 89% in MV FiO_2 40% 8 Lt/min

Qualità respiro:

❑ eupnoico

❑ **superficiale**

❑ rapido

❑ altro .....

❑ **dispnea** ◇ da sforzo ◇ **a riposo**

○ Tosse ◇ NO ◇ **SI, occasionalmente:** ◇ catarrale ◇ **secca**

○ ossigeno terapia domiciliare lt/m **2Lt/min AB**

○ tracheotomia - Cannula tipo _____

Mobilizzazione a domicilio

❑ emiplegico .....

❑ paraplegico .....

❑ amputazione .....

❑ protesi .....

❑ **Autonomo, ma si appoggia ai muri ed al corrimano**

❑ non autonomo: ◇ allettato poltrona

❑ deambula: ◇ con aiuto, ◇ con ausilii:

◇ carrozzina

◇ bastone

◇ tripode

Al momento dell'accertamento

❑ autonomo

❑ **non autonomo:** ◇ allettato ◇ **in poltrona**

❑ deambula: ◇ con aiuto ◇ con ausilii:

◇ carrozzina

◇ bastone

◇ tripode

1.05 RIPOSO - SONNO

sonno: ◇ **regolare** ◇ irregolare ◇ insonnia

uso di farmaci per dormire, **a domicilio non utilizza farmaci per dormire. Riferisce però che durante i recenti ricoveri non riusciva a dormire in modo regolare.**

1.06 COGNITIVO PERCETTIVO

** vedere scala di valutazione del dolore*

Vista:

❑ **presente**

❑ non presente (cecità) ◇ Odx ◇ Osx

❑ parziale ◇ Odx ◇ Osx

❑ protesi oculare ◇ Odx ◇ Osx

❑ **occhiali**

patologie:

❑ glaucoma: ◇ Odx ◇ Osx

❑ **cataratta: ◇ Odx** ◇ Osx

Udito:

❑ presente

❑ non presente (sordità)

❑ **ipoacusia**
◇ dx ◇ sx

❑ protesi acustica
◇ dx ◇ sx

Linguaggio:

❑ **normale**

❑ afasia

❑ disartria

❑ balbuzia

❑ **lingua parlata italiano**

❑ capacità di comprensione: ◇ no **◇ si**

❑ capacita di comunicazione: ◇ no **◇ si**

Stato mentale:

❑ **vigile/lucido**

❑ agitato

❑ **collaborante**

❑ assopito

❑ comatoso

❑ **orientato s/t**

❑ disorientato: ◇ spazio ◇ tempo

1.07 PERCEZIONE DI SE'

problemi connessi a perdita di funzioni / cambiamenti del corpo

- ❑ no
- ❑ **si**

Osservazioni: **riferisce di vedersi sempre più magro e che si rende conto delle attuali condizioni cliniche, del suo recente peggioramento e che non ci sono margini di miglioramento. Riferisce di aver pensato più volte all'autolesionismo.**

1.08 RUOLO – RELAZIONE

Attività lavorativa:

- ❑ **pensionato**
- ❑ occupato
- ❑ disoccupato
- ❑ inabile a breve termine
- ❑ inabile a lungo termine

Sistemi di supporto

- ❑ **Famiglia, moglie e 2 figlie**
- ❑ Amici.....
- ❑ Vicini .....
- ❑ Volontariato .....

1.09 SESSUALITA' – RIPRODUZIONE (Non ritenuto necessario indagare)

Data ultima mestruazione .....

Ciclo Mestruale

- ❑ Regolare
- ❑ Irregolare
- ❑ Dismenorrea
- ❑ Amenorrea

Durata .....

quantità .....

gravidanze: ☐ NO ☐ SI

n° gravidanze ..... n° aborti ..... n° figli vivi .....

Infertilità:

- ❑ no
- ❑ si

Auto- palpazione del seno

- ❑ no
- ❑ si

Data Ultimo Pap test: .....

- ❑ esito negativo
- ❑ esito positivo (specificare) .....

.....

Contraccezione

- ❑ no
- ❑ si, ...

Preoccupazioni sessuali legate alla malattia:

.....

1.10 COPING – TOLLERANZA ALLO STRESS

Preoccupazione legata alla malattia:

- ☐ **Accettazione, molto faticosa e sofferta**
- ☐ Rifiuto
- ❑ **ansia**
- ❑ aggressività
- ❑ agitazione
- ❑ **depressione (utilizza sertralina)**

livello di ansia/paura

- ❑ lieve
- ❑ moderata
- ❑ **grave**
- ❑ panico

Osservazioni: Il paziente è molto preoccupato per la sua situazione clinica in quanto molto peggiorata nell'ultimo mese. Il suo pensiero fisso è la famiglia, verbalizza di essere più in apprensione per essa che per sé stesso, con conseguente emergere di forti vissuti d'ansia. Si riscontra umore flesso e depressione, in trattamento con sertralina.

1.11 VALORI – CONVINZIONI (Non ritenuto necessario indagare)
Regole osservate da cultura o religione:

NOTE ed OSSERVAZIONI

Riferisce di aver smesso di fumare da circa un mese (fumava 5 sigarette/die), ma che talvolta la voglia ritorna.

Riferisce ancora di essere caduto a domicilio almeno 3 volte dall'inizio dell'anno, la prima con frattura dell'omero e trauma al capo nella regione occipitale, senza conseguenze gravi. Tali cadute sono dovute a vertigini, capogiri e successivo svenimento: "*Senza rendermene conto mi ritrovo a terra e quando mi sveglio non ricordo nulla di quanto successo*". Inoltre, si nota una lesione da pressione al primo stadio, lieve arrossamento, al trocantere sx derivante dal frequente decubito a letto sul fianco sinistro a causa della frattura dell'omero destro, in netto miglioramento. Richiesta consulenza psichiatrica per ansia riferita 8/10, umore flesso e stato depressivo.

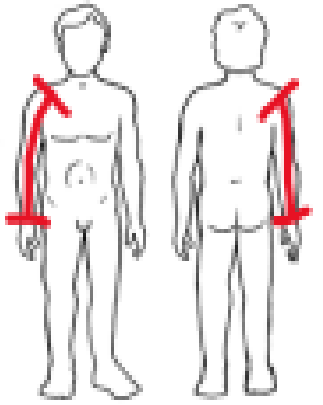
SCHEDE DI VALUTAZIONE:

1.06 DOLORE

Dolore presente:
- ❑ no
- ❑ **si** insorto da gg **1**

Sede **Braccio destro**

Irradiazione **Spalla**



Caratteristiche temporali:

Intensità continua:
- ❑ costante
- ❑ variabile

Intensità discontinua
- ❑ **Saltuario**
- ❑ episodico
- ❑ ritmico

frequenza:
- ❑ **mattutino**
- ❑ pomeridiano
- ❑ vespertino
- ❑ notturno

Descrizione data dal paziente sul tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dopo la frattura dell'omero, non sono riuscito a riprendermi completamente, non riesco a restare sul fianco destro per molto. Di notte senza accorgermi capita che decubito sul fianco destro, e per questo il mattino successivo mi sveglio con un po' di dolore. Questa notte probabilmente ho dormito "male" e stamattina ho dolore.

NRS (Numerical Rating Scale) * Intensità del dolore secondo il paziente

1.04 INDICE DI BARTHEL

ALIMENTAZIONE	
non in grado di alimentarsi	0
ha bisogno di assistenza (nel tagliare la carne, etc) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida- liquida) o alimentazione artificiale (PEG, etc...)	5
in grado di alimentarsi	10
CAPACITA' DI FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA	
non in grado di lavarsi autonomamente	0
in grado di lavarsi autonomamente	5

1.04 SCALA DI BRADEN

	1	2	3	4	VALUTAZIONE
Percezione sensoriale Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	**1. Completamente limitata** Non vi è risposta (non geme, non si contrae o non afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza ed alla sedazione **O** Limitata capacità di percepire il	**2. Molto limitata** Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. **O** Ha impedimento al sensorio che	**3. Leggermente limitata** Risponde agli ordini verbali, ma non può sempre comunicare il suo disagio o bisogno di cambiare posizione **O** Ha impedimento al sensorio che	**4. Nessuna limitazione** Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire o di esprimere il dolore ed	4

Scala di Borg modificata per la valutazione della dispnea (M-Borg)

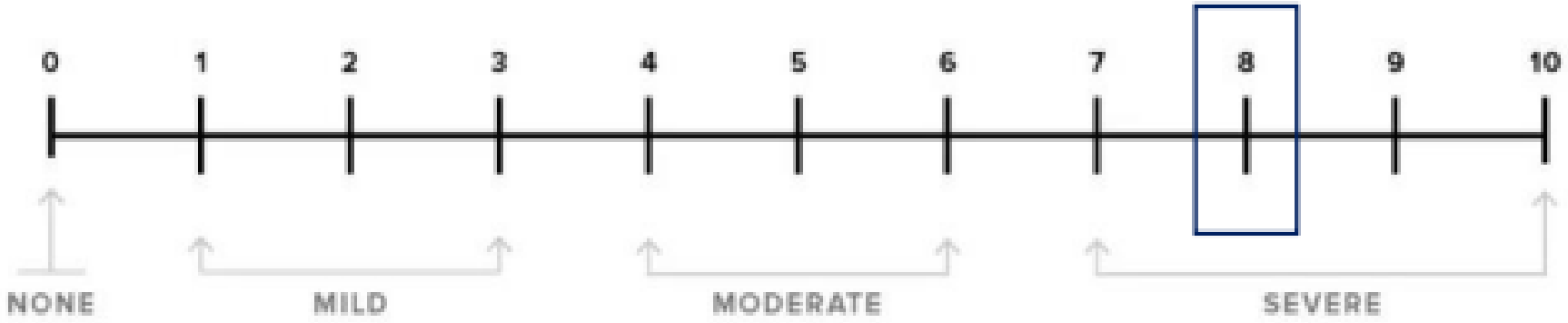
0	Nessuna
0,5	Molto molto lieve
1	Molto lieve
2	Lieve
3	Moderata
4	Piuttosto intensa
5	Intensa
6	
7	Molto intensa
8	
9	Molto molto intensa
10	Insopportabile

Dispnea sotto sforzo 3/10 Moderata

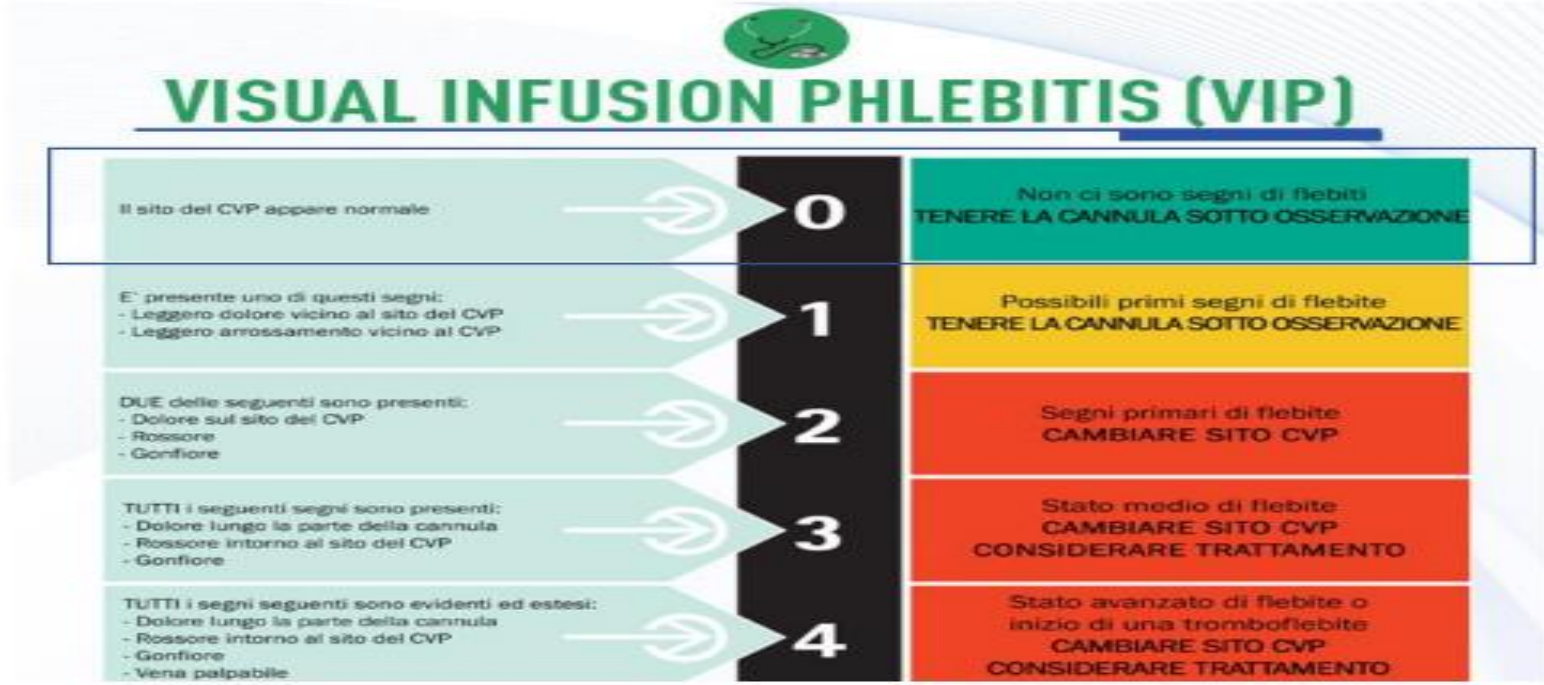
Scala Conley

Precedenti cadute: domande da porre al paziente/caregiver	**SI**	**NO**
È caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	**SI**	**NO**
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo	3	0

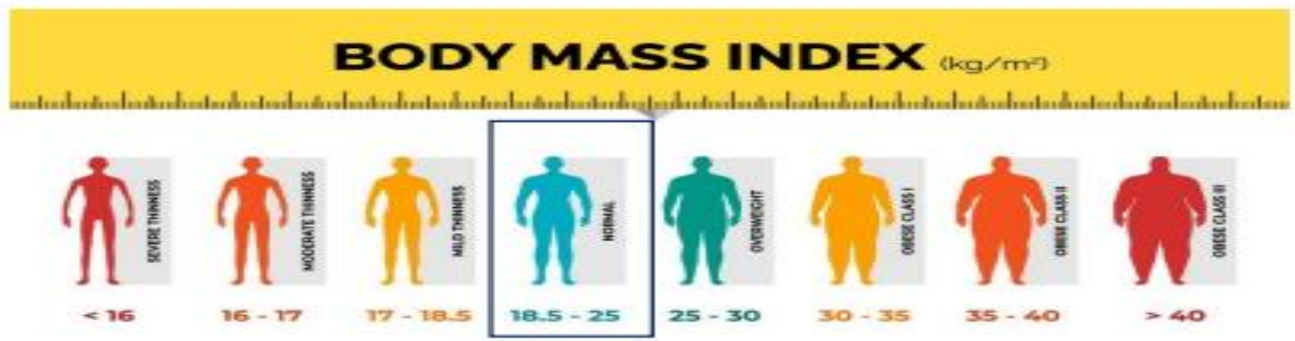
Alto rischio di cadute Conley = 7



Livello di ansia grave
NRS 8/10



VIPS>0



BMI 21,13 Kg/m² Normopeso

TERAPIA FARMACOLOGICA PRESCRITTA IN REPARTO				
NOME commerciale e PRINCIPIO attivo	**POSOLOGIA\ORARIO**	**VIA somm.ne**	**TIPOLOGIA/CLASSE FARMACEUTICA**	**INDICAZIONI alla som.ne (es. se NRS > 4/10, infusione continua, a stomaco vuoto, …)**
Tamsulosin (P.A. Tamsulosina cloridrato)	1 cp da 0,4 mg h 20:00	Orale	Classe A Categoria: antagonista dell'adrenorecettore α1	Somministrazione dopo i pasti
Sertralina (P.A. Sertralina cloridrato)	1 cp da 50 mg h 8:00	Orale	Classe A Categoria: Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	Nei soggetti anziani fare attenzione all'iponatriemia
Movicol (P.A. Macrogol 3350, Sodio cloruro e Sodio idrogenocarbonato)	1 busta h 8:00	Orale	Classe C Categoria: Lassativi ad azione osmotica	
Lanoxin (P.A. Digossina)	1 cp da 0,125 mg h 8:00	Orale	Classe A Categoria: Terapia cardiaca – glicosidi digitalici	Monitorare la FC e il ritmo
Bisoprololo (P.A. Bisoprololo fumarato)	1 cp da 2,5 mg h 8:00 ½ cp da 2,5 mg h 20:00	Orale	Classe A Categoria: Beta-Bloccanti	Monitorare la FC
Xarelto **(P.A. Rivaroxaban)**	1 cp da 20 mg h 12:00	Orale	Classe A Categoria: Anticoagulanti orali diretti	Monitorare i pazienti in quanto a rischio emorragico. Questo farmaco a differenza del coumadin non ha un antidoto, dunque, il paziente continua a scoagulare.
Lansox (P.A. Lansoprazolo)	1 cp da 30 mg h 8:00	Orale	Classe A Categoria: Inibitori di pompa protonica	Somm.ne almeno 30 minuti prima dei pasti
Theo-dur (P.A. Teofillina anidra)	1 cp da 200 mg	Orale	Classe A Categoria: Sindromi ostruttive delle vie	Controllo della PA prima della somministrazione

Accertamento Mod. Gordon **Dati rilevati (elementi significativi)**	**ALTERATO**			**ACCERTAMENTO MIRATO** **(Scale etc)**	**PROBLEMA ASSISTENZIALE** **(Usare Metodo PES)**
	SI	**NO**	**A rischio**		
1.Percezione e gestione della salute Consumo di: -1 bicchiere di vino ai pasti; -3 sigarette al giorno fino ad un mese fa (Il paziente riferisce di aver smesso di fumare da almeno 1 mese, ma che talvolta la voglia ritorna). Gestione della terapia domiciliare e della propria salute con l'aiuto della famiglia Condizioni igieniche sufficienti, nonostante per la famiglia sia di difficile gestione. Barthel (50): necessità di assistenza nell'alimentazione (per dolore al braccio dx, dominante, post frattura dell'omero), non in grado di lavarsi autonomamente, necessità di assistenza nel vestirsi e nell'utilizzare il wc (comoda), necessità di minima assistenza nell'effettuare i trasferimenti, non in grado di mobilizzarsi per più di 50 metri e di fare le scale.	 X X X	 	 X 	 Intervista al pz Esame obiettivo; Barthel (50).	**P: Deficit della cura di sé (Barthel 50)** **E:** correlato a paziente pluripatologico e portatore di ossigenoterapia h 24 **S:** che si manifesta con necessità di assistenza nell'alimentazione (per dolore al braccio dx, dominante, post frattura dell'omero), non in grado di lavarsi autonomamente, necessità di assistenza nel vestirsi e nell'utilizzare il wc (comoda), necessità di minima assistenza nell'effettuare i trasferimenti, non in grado di mobilizzarsi per più di 50 metri e di fare le scale. **P: Gestione della salute e della terapia domiciliare compromessa** **E:** correlata a paziente pluripatologico e in poli farmacoterapia **S:** che si manifesta con difficoltà nella gestione dell'assistito da parte della famiglia, nonostante sia presente. **P: Rischio di recidiva al consumo di tabacco** **E:** correlato a disabitudine al fumo da circa 1 mese, paziente ex fumatore attivo e dichiarazione dello stesso, quale: "talvolta la voglia di fumare ritorna". **P: Mantenimento delle condizioni igieniche inefficacie** **E:** correlato a paziente pluripatologico e di difficile gestione domiciliare **S:** che si manifesta con condizioni igieniche sufficienti.

CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA
Sede di Schio

2. Nutrizionale metabolico Sistema tegumentario: -Cute pallida ed idratata; -Edema al braccio dx dopo recente caduta e conseguente frattura dell'omero; -Lieve arrossamento al trocantere sx; -Escoriazione alla nuca (post recente caduta). Accessi vascolari: CVP braccio sx 20G (VIPS=0) Alimentazione: -Necessita di aiuto, per dolore al braccio dx (dominante); -Mangia 3 pasti pasti/die e beve >1 Lt/die; -Dieta libera; -Appetito diminuito. Presenza di protesi dentale superiore Peso: 70 Kg Altezza: 182 cm BMI: 21,13 Kg/m^2 Variazione di peso di – 3/4 Kg negli ultimi 3 mesi TC 36,2 °C ascellare Braden (19): Basso rischio di lesione da pressione	X X X	X X X	Intervista al pz; Esame obiettivo; Braden (19); VIPS (0) BMI 21,13 Kg/m^2.	**P: Alterazione del sistema tegumentario** **E:** correlato a recente caduta a domicilio con conseguente frattura dell'omero dx e trauma al capo nella regione occipitale **S:** che si manifesta con attuale edema diffuso all'intero braccio destro ed escoriazione alla nuca nella regione occipitale. **P: Alterazione dell'integrità cutanea** **E:** correlato a frequente posizionamento a letto sul fianco sinistro a seguito della frattura dell'omero destro **S:** che si manifesta con lieve arrossamento al trocantere sx. **P: Rischio basso di lesione da pressione (Braden 19)** **E:** correlato a paziente con mobilità ridotta **P: Rischio di infezione** **E:** correlato a presenza di CVP 20G braccio sx, attualmente oggettivato con scala di VIPS (0). **P: Integrità della mucosa orale compromessa** **E:** correlato a presenza di protesi dentarie mobili superiori **S:** che si manifesta con evidente cura dell'igiene orale in autogestione sufficiente. **P: Diminuzione ponderale** **E:** correlata a paziente pluripatologico, ospedalizzato, in trattamento con furosemide e in chemioterapia attiva **S:** che si manifesta con perdita di peso di 3/4 Kg negli ultimi 3 mesi, diminuzione dell'appetito, dissipazione di energia e paziente in costante calo. **P: Deficit della cura di sé (alimentazione)** **E:** secondario a dolore al braccio destro (dominante) e potenza funzionale compromessa **S:** che si manifesta con necessità di assistenza durante l'alimentazione (tagliare la carne etc.).

3. Eliminazione Diuresi: -Nessun problema, impostata raccolta diuresi 24h, per monitoraggio quantità e peso corporeo quotidiano. Alvo: -Stipsi (<3 evacuazioni alla settimana); -Ultima scarica 19/02/2024; -Uso di lassativi, quali erbe naturali.	X		X	Intervista; Esame obiettivo.	**P: Stipsi funzionale cronica** **E:** correlata a paziente in chemioterapia attiva, pregresso k colon e con mobilità limitata **S:** che si manifesta con < 3 evacuazioni alla settimana, uso di sertralina e lassativi orali. **P: Rischio di squilibrio idro-elettrolitico** **E:** correlato a paziente in trattamento con furosemide
4. Attività- esercizio fisico Sistema Cardiovascolare: -FC 92 b/min; -PA 120/80 mmHg; -Polso ritmico e pieno; -Occasionali Vertigini e svenimenti (con conseguenti cadute recenti. Riferisce di essere caduto a domicilio almeno 3 volte dall'inizio dell'anno, la prima con conseguente frattura dell'omero e trauma al capo nella regione occipitale, senza conseguenze gravi. Tali cadute sono la conseguenza di vertigini, capogiri e successivo svenimento: "senza rendermene conto mi ritrovo a terra e quando mi sveglio non ricordo nulla di quanto successo"). Sistema Respiratorio: -FR 20 atti/min; - SpO_2 89% in Maschera Venturi 8 Lt/min e FiO_2 40%; -Respiro Superficiale;	X X		X	Esame obiettivo; Intervista al pz; Conley (7/10); M-Borg dispnea (3/10)	**P: Intolleranza all'attività** **E:** correlato a ipossigenazione secondario ad Insufficienza respiratoria in polmonite e adenocarcinoma polmonare, BPCO cronica, ipertensione polmonare severa e cardiopatia ipertensiva **S:** che si manifesta con respiro superficiale, scambi gassosi compromessi, SpO_2 89% in MV FiO_2 40% 8 Lt/min, FR 20 atti/min, dispnea moderata a riposo (3/10) e mobilità compromessa. **P: Mobilità compromessa** **E:** correlata a paziente pluripatologico in ossigenoterapia con MV FiO_2 40% 8 Lt/min h 24 **S:** che si manifesta con necessità di sostegno e assistenza nelle ADL. **P: Alto rischio di caduta (Conley 7)** **E:** correlato a pregresse cadute a domicilio (almeno 3 dall'inizio dell'anno), ossigenoterapia con MV FiO_2 40% 8 Lt/min h 24, paziente portatore di occhiali da vista, pregresse vertigini, capogiri e svenimenti (sertralina che, come effetti collaterali, potrebbe causare svenimenti), compromissione della marcia e mancanza del senso di pericolo.

-Dispnea a riposo o se in ossigenoterapia insufficiente; -Tosse secca, occasionale; -OTLT a domicilio al bisogno in CN 2 l/min. Mobilizzazione: -A domicilio: Autonomo, ma si appoggia ai muri ed al corrimano; -In reparto: non autonomo, in poltrona. EGA in Maschera Venturi 8 Lt/min e FiO_2 40%: -pH 7,512; -PCO_2: 33,4 mmHg; -PO_2: 45,3 mmHg.	X X				**P: Rischio di funzione cardiovascolare compromessa** **E:** correlato ad assunzione di betabloccanti (bisoprololo), diuretici (furosemide) e glicosidi digitalici (digossina). **P: Rischio di liberazione inefficacie delle vie aeree** **E:** correlato a presenza di occasionale tosse secca secondario a BPCO, in attuale trattamento con theo-dur e trimbow puff. **P: Rischio di TVP** **E:** correlato a pregressa TVP AAII, flutter atriale e mobilità limitata. **P: Rischio di emorragia** **E**: correlato a paziente in terapia con Rivaroxaban e ad alto rischio di caduta (Conley 7/10) **P: Scambi gassosi compromessi** **E:** secondaria ad insufficienza respiratoria in polmonite e adenocarcinoma polmonare, BPCO, ipertensione polmonare severa e cardiopatica ipertensiva **S:** che si manifesta con PCO_2 di 33,4 mmHg (Ipocapnia) PO_2 di 45,3 mmHg (Ipossiemia), pH 7,512, respiro superficiale e dispnea moderata a riposo (3/10) e necessità di ventilazione non invasiva in MV 8 Lt/min FiO_2 40%. **P: Rischio di sindrome da allettamento** **E:** correlato a paziente pluripatologico, frequentemente ospedalizzato, in chemioterapia e ossigenoterapia attiva e con mobilità compromessa.

5. Riposo – sonno Sonno regolare, a domicilio non utilizza farmaci per dormire. Riferisce però che durante i recenti ricoveri non riusciva a dormire in modo regolare.			X	Intervista al pz	**P: Rischio di sonno irregolare** **E:** correlato ad ospedalizzazione e pregressi ricoveri durante i quali il paziente faticava a dormire in modo regolare. **P: Rischio di alterazione del ritmo circadiano** **E:** correlato a paziente ospedalizzato e con grave stato d'ansia (8/10).
6. Cognitivo – percettivo (DOLORE) Vista: -Presente; -Portatore di occhiali; -Cataratta a dx. Udito: -Ipoacusia dx e sx. Linguaggio: -Normale; -Lingua parlata italiano; -Capacità di comprensione presente; -Capacità di comunicazione presente. Stato mentale: -Lucido; -Vigile; -Collaborante; -Orientato s/t. Dolore: -Al momento dell'accertamento il paziente riferisce dolore su scala NRS 4/10. Tale dolore si presenta se durante la notte, inconsciamente, decubita sul fianco destro.	X X		X X X	Intervista al pz; Esame obiettivo; NRS dolore.	**P: Rischio di peggioramento del sistema percettivo visivo** **E:** correlato a cataratta dx ed eventuale recidiva al consumo di tabacco. **P: Sistema percettivo uditivo compromesso** **E:** correlato a paziente con ipoacusia bilaterale moderata, non portatore di apparecchi acustici **S:** che si manifesta con sentire e ripetere le parole con tono di voce elevato alla distanza di un metro da parte del paziente. **P: Rischio di incomprensione verbale** **E**: correlato a paziente con ipoacusia bilaterale moderata, non portatore di apparecchi acustici. **P: Rischio di disorientamento** **E**: correlato a paziente ospedalizzato ed in poli farmacoterapia. **P: Benessere compromesso** **E:** correlato a recente caduta con seguente frattura dell'omero dx e presenza di attuale edema diffuso **S:** che si manifesta con dolore NRS 4/10.

7. Percezione di sé Riferiti problemi connessi alla percezione di sé, il paziente si vede sempre più magro e si rende conto delle attuali condizioni cliniche, del suo recente peggioramento e che non ci sono margini di miglioramento. Riferisce di aver pensato più volte all'autolesionismo.	X			Intervista al pz	**P: Rischio di disturbo dell'immagine corporea** **E:** correlato a costante calo ponderale e dichiarazione del paziente, quale: "mi vedo sempre più magro". **P: Mancanza di speranza** **E:** correlato a paziente in condizioni cliniche in peggioramento e con adenocarcinoma polmonare al IV stadio **S:** che si manifesta con consapevolezza di non poter migliorare la propria situazione e conseguente perdita di motivazione. **P: Rischio di autolesionismo** **E:** correlato a dichiarazione da parte del paziente di aver pensato più volte di autolesionarsi, spinto dalla sua situazione clinica grave e pensieri/preoccupazioni riguardo la famiglia.
8. Ruolo – relazione Attività lavorativa: -Pensionato. Sistema di supporto: -Moglie e 2 figlie. Viene riferito che la gestione dell'assistito inizia a risulta difficile.		X	X	Intervista al pz	**P: Rischio di prestazioni di ruolo inefficaci** **E:** correlato a difficoltà nella gestione dell'assistito da parte della famiglia.
9. Sessualità – riproduzione Non ritenuto necessario indagare					

10. Coping - tolleranza allo stress Il paziente riferisce di aver accettato con molta sofferenza e fatica la sua attuale situazione e di sentirsi molto preoccupato e depresso, in quanto le sue condizioni cliniche sono peggiorate nell'ultimo mese, si rileva umore flesso. Il suo pensiero fisso è la famiglia. Dice che è più preoccupato per la famiglia che per sé stesso, e che tale preoccupazione lo fa vivere con ansia grave su scala NRS pari a 8/10.	X			Intervista al pz	**P: Coping inefficacie** **E:** correlata a situazione clinica in peggioramento e preoccupazione per la famiglia **S:** che si manifesta con ansia NRS 8/10 e dichiarazione da parte del paziente, quale: "Mi rendo conto della mia attuale condizione, e che sta peggiorando, il mio pensiero fisso è la famiglia, sono più preoccupato per essa che per me stesso". **P: Regolazione dell'umore compromessa** **E:** correlata a paziente plutripatologico e condizioni cliniche in peggioramento **S:** che si manifesta con umore flesso, depressione, ansia grave NRS 8/10 e utilizzo di sertralina.
11. Valori-convinzioni Non ritenuto necessario indagare					

ALCUNE OSSERVAZIONI SUL REPORT...

- Caricare il report in **FORMATO .PDF** e verificare che sia leggibile
- **VIETATO ipotizzare PES basati su diagnosi/atteggiamenti di malpractice** (esempio: rischio di eccessivo volume di liquidi correlato a scorretta idratazione endovenosa, dolore addominale correlato a errata velocità della nutrizione enterale....). La gestione della terapia, della mobilizzazione (e non solo) nei pazienti ricoverati sono a esclusivo carico e competenza degli operatori sanitari e non possiamo presumere che vengano applicati interventi che creano danni ai pazienti
- **La presentazione del caso NON E' un copia-incolla della consegna!** (esempio: attende visita medica – tampone Covid da eseguire – ECG da fare in reparto appena possibile....)
- Se rischio cadute presente ---> **allegare scala cadute compilata** in modo da produrre una valutazione oggettiva del rischio

ALCUNE OSSERVAZIONI SUL REPORT...

- Nel report di area chirurgica ---> **FONDAMENTALE indicare il tipo di intervento a cui è stato sottoposto il paziente**, il tipo di anestesia, eventuali problematiche intraoperatorie e evidenziare la giornata p.o. di presa in carico in cui si esegue l'accertamento
- Se il paziente accede da Pronto Soccorso indicare nell'accertamento la provenienza "reale" del paziente (domicilio, struttura, RSA, casa di riposo...)
- Attenzione: **ipertensione arteriosa, incontinenza, obesità sono MANIFESTAZIONI, non PROBLEMI**. Quindi...
- Ipertensione arteriosa → alterazione del modello cardiocircolatorio
- Incontinenza → eliminazione urinaria compromessa
- Obesità → nutrizione alterata superiore al fabbisogno, scompenso metabolico....

ALCUNI PES.... ben costruiti

1.Percezione e gestione della salute					
Consumo di: - 5 birre da 0,5 Lt e 6 shottini di grappe/die - 10 sigarette/die	X				**P: Deficit della cura di sé (Barthel 20)** **E:** correlato a compromissione dello stato generale del paziente e riposo a letto prescritto dal medico a causa di pneumotorace sinistro (PNX sx), pneumomediastino conseguente, e concomitante BPCO **S:** che si manifesta con necessità di assistenza nell'alimentazione (prescritta dieta morbida per non affaticarlo e NTP N5 per un sostegno alimentare), non in grado di lavarsi autonomamente, necessità di assistenza nel vestirsi, occasionalmente non in grado di controllare l'alvo, non in grado di controllare la minzione (portatore di cistostomia), non in grado di effettuare trasferimenti, mobilizzarsi su superfici piane e fare le scale.
Dubbia aderenza al regime terapeutico domiciliare			X		
Condizioni igieniche sufficienti			X		
Barthel (20): necessità di assistenza nell'alimentazione (prescritta dieta morbida per non affaticarlo e NTP N5 per un sostegno alimentare), non in grado di lavarsi autonomamente, necessità di assistenza nel vestirsi, occasionalmente non in grado di controllare l'alvo, non in grado di controllare la minzione (portatore di cistostomia), non in grado di effettuare trasferimenti, mobilizzarsi su superfici piane e fare le scale.	X			Intervista al pz Esame obiettivo; Barthel (20).	**P: Autogestione inefficacie della salute** **E:** correlata a coping inefficacie **S:** che si manifesta con consumo di 10 sigarette, 5 birre da 0,5 Lt, 6 shottini di grappe al giorno e condizioni igieniche sufficienti. **P: Rischio di non aderenza al regime terapeutico domiciliare** **E:** correlato ad autogestione della polifarmacoterapia in paziente potus attivo e con sostegno familiare debole.

Dati a supporto inseriti in modo dettagliato

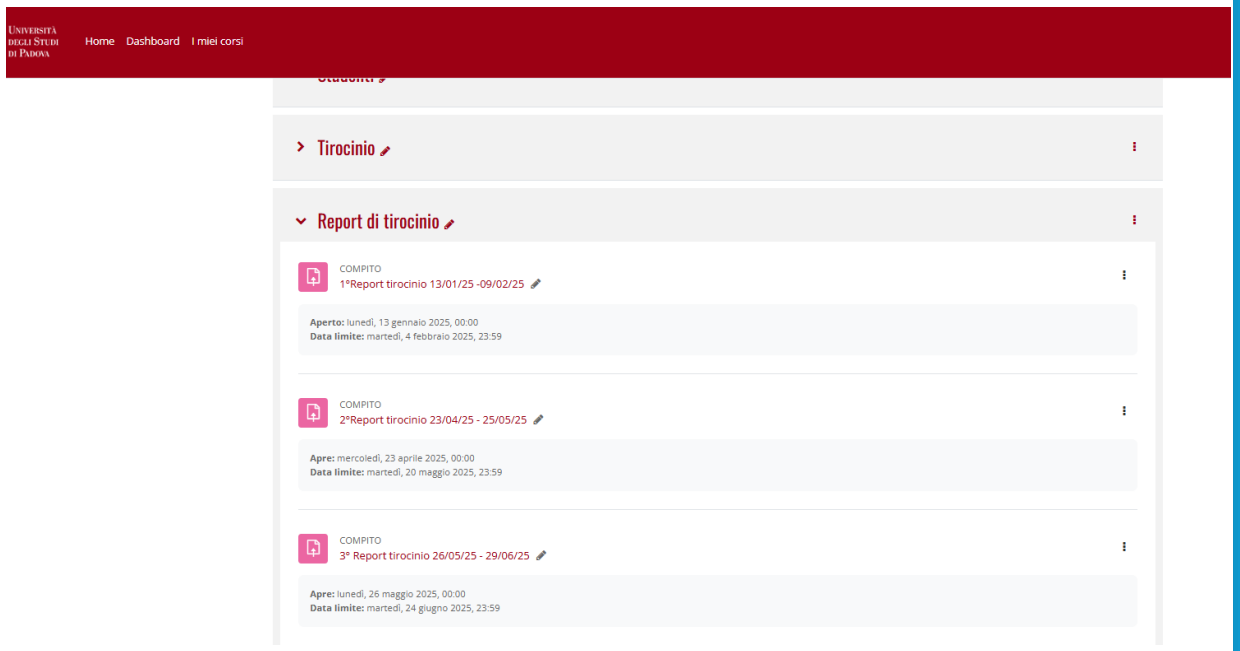
ALCUNI PES.... ben costruiti

4. Attività- esercizio fisico Sist. Cardiovascolare: -FC 80 b/min; -PA 110/70 mmHg; -Polso ritmico e flebile; -No dolore toracico, vertigini e svenimenti; -Crepitii da enfisema sottocutaneo. Sist. Respiratorio: -FR 17 atti/min; -SpO_2 93% in HNFC 40 Lt FiO_2 40%; -Eupnoico; -Tosse catarrale; - OTLT a domicilio h24 in CN 2 l/min; -Dispnea se in ossigenoterapia inadeguata o in aria ambiente. Mobilizzazione: -A domicilio: autonomo -In reparto: non autonomo, allettato. EGA: -pH 7,38; -PCO_2 : 69,8 mmHg; -PO_2: 57,6 mmHg.			X X X X	Esame obiettivo; Intervista al pz; Conley (6).	**P: Mobilità compromessa** **E:** correlata a prescrizione di riposo a letto, presenza di drenaggio toracico in aspirazione tra T2 e T3, ossigenoterapia in alti flussi (HNFC) 40 Lt FiO_2 40% e cistostomia sovra pubica **S:** che si manifesta con bisogno di sostegno e assistenza nella ADL e presenza di crepitii da enfisema sottocutaneo localizzati sotto il sito di drenaggio toracico. **P: Intolleranza all'attività** **E:** correlato a ipossigenazione, condizione di malnutrizione calorico-proteica (15,74 Kg/m2) secondario a BPCO **S:** che si manifesta con SpO_2 93% in HNFC 40 Lt FiO_2 40% a riposo e prescrizione di riposo a letto. **P: Rischio di ipotrofia muscolare** **E:** correlato a malnutrizione, rallentamento psicomotorio, cachessia, perdita significativa del tono muscolare e prescrizione di riposo a letto. **P: Rischio alto di caduta (Conley 6)** **E:** correlato a recente caduta a domicilio (episodio sincopale del 30/11), presenza di drenaggio toracico in aspirazione tra T2 e T3, ossigenoterapia in alti flussi (HNFC) 40 Lt FiO_2 40%, cistostomia sovra pubica e mancanza del senso di pericolo. **P: Rischio di alterazione del sistema cardiovascolare** **E:** correlato ad assunzione di betabloccanti (atenololo) e diuretici (Lasix e Luvion). **P: Rischio di perdita dell'autonomia nella mobilizzazione nel post dimissione** **E:** correlato a paziente fragile, cachetico e con ossigenoterapia h 24.

ALCUNI PES…. ben costruiti

					P: Alterazione del ritmo circadiano **E.** correlato ad insonnia, difficoltà ad addormentarsi di notte e frequenti risvegli notturni **S:** che si manifesta con frequenti episodi di sonnolenza diurna.
6. Cognitivo – percettivo (DOLORE) Vista e udito presenti Linguaggio: -Disartria; -Capacità di comprensione presente; -Capacità di comunicazione presente, ma con lieve deficit nell'articolazione delle parole. Stato mentale: -Vigile; -Orientato s/t; -Collaborante; -Lucido. Dolore: -Non riferito in quanto pz sotto effetto di analgesici, NRS 0/10.	X	X	X X	Intervista al pz; Esame obiettivo; NRS dolore.	**P: Rischio di confusione mentale** **E:** correlato ad ospedalizzazione, ambiente diverso, alterazione del ritmo circadiano e astinenza. **P: Comunicazione verbale compromessa** **E:** correlata a disartria, difficoltà nell'articolazione delle parole correlato a pregresso ictus ischemico. **P: Rischio di dolore** **E:** correlato a presenza di edemi al torace e fianco sx, fratture costali, presenza di drenaggio toracico in aspirazione tra T2 e T3 e sovraccarico di analgesici per il quale il paziente potrebbe manifestare una tolleranza maggiore e non sentirne più gli effetti benefici. **P: Rischio di alterazione del modello cognitivo percettivo** **E:** correlato a disidratazione e malnutrizione calorico-proteica
7. Percezione di sé Riferiti problemi connessi alla percezione di sé, il paziente si rende conto delle sue attuali condizioni cliniche, dicendo di dover accettare la situazione e che l'età avanza.	X			Intervista al pz	**P: Rischio di disturbo dell'immagine corporea** **E:** correlato a presenza di drenaggio toracico e cistostomia sovra pubica. **P: Senso di impotenza e rassegnazione** **E:** correlata a problemi connessi alla percezione di sé **S:** che si manifesta con consapevolezza della propria condizione clinica, della propria età e con conseguente accettazione della situazione attuale.

Il report va caricato in moodle in PDF



Domande???

Ingressi e percorsi

ENTRATA OSPEDALE SANTORSO: seguire l'entrata dipendenti alla sinistra dell'ex zona tamponi.
Codice di accesso: 08698632# scendere al piano -1 zona spogliatoi dipendenti (per i maschi 2D per le femmine vicino allo studio tutor entrare al servizio informatico)e accedere allo spogliatoio e armadietto assegnato.

ENTRATA ZONA OSPEDALE DI BASSANO: si entra dalla portineria (se chiusa suonare il campanello) si segue a destra fino al primo vano scale che si trova sulla destra. Si scende al piano -2 negli spogliatoi.

ENTRATA ZONA OSPEDALE ASIAGO: entrare dalla portineria e accedere all'unità operativa assegnata. La guida o il coordinatore vi darà indicazioni in merito all'armadietto e alle divise. Iniziate tirocinio con la propria divisa e successivamente si potranno utilizzare quelle che vi vengono date.

Gestione divise ospedale di Santorso

Ogni studente ha a disposizione 3 divise, una volta sporca la divisa si può buttare a lavare negli appositi cesti fuori dagli spogliatoi dipendenti, attenzione ai tempi di riconsegna.

Gestione divise CDR e Asiago

Ogni studente ha 3 divise in dotazione (fornite dall’ aulss7) che può portare a lavare in ospedale di Santorso, attenzione ai tempi di riconsegna.

Gestione divise ospedale di Bassano

Divise non nominali: non apportare modifiche , non portare a casa a lavare, attenzione a non lasciare nulla nelle tasche quando le buttate a lavare.

Le divise sono all’interno del carrello con la scritta «studenti» chiuso con lucchetto con codice 789, il codice va impostato dove indicato dalla freccia in rilievo. Dopo aver prelevato la divisa, chiudere il lucchetto e togliere il codice e impostare un altro codice numerico

Mantenere il carrello in ordine e non fare scorta di divise.

Carrello divise non nominali studenti

Ricorda

Le divise sporche vanno gettate all’interno dell’oblo’ dell’armadio bianco. Per precauzione potete tenere nell’armadietto una divisa personale completa.

Cosa fare in caso di infortunio?

Infortunio studente

- Sul sito https://www.aulss7.veneto.it/Laurea-Infermieri (e nel vostro Moodle d'anno) è disponibile la procedura da seguire in caso di infortunio dello studente

LAUREA IN INFERMIERISTICA

Calendario accademico

1 anno

2 anno

3 anno

Prove parziali

Regolamenti e modulistica

Modulistica comunicazione avvenuto infortunio

Trasporti

Biblioteca Medica Pinali

Alloggi studenti

Modulistica comunicazione avvenuto infortunio

- All.1_Comunicazione avvenuto Infortunio studente
- All. 2_Comunicazione infortuni studenti in itinere(TRAGITTO CASA - LAVORO E VICEVERSA)
- Modulo comunicazione integrativa

Infortunio studente

In caso di infortunio lo studente deve recarsi al più vicino Pronto Soccorso per **aprire la pratica di infortunio con procedura INAIL**

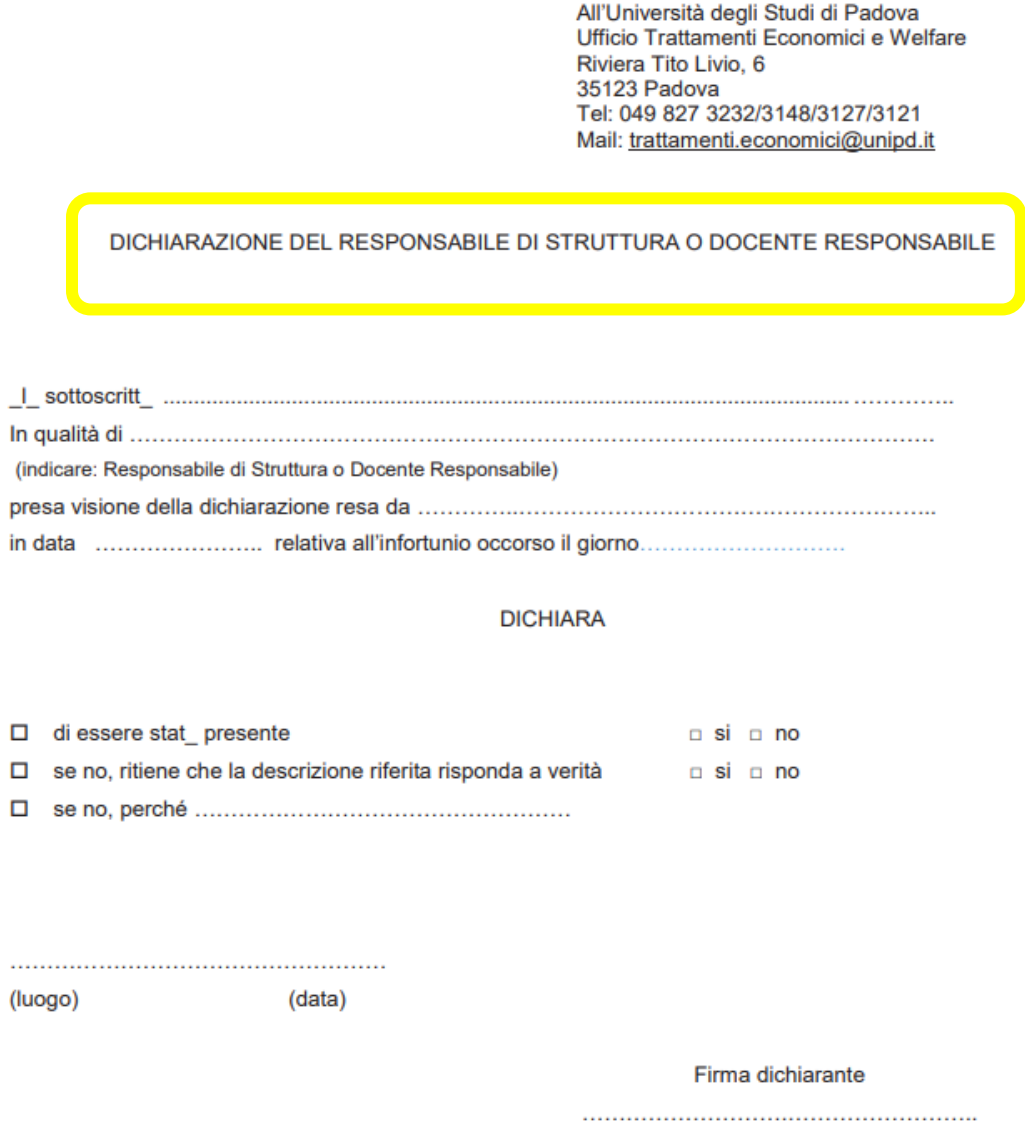
Se lo studente non è in grado di recarsi autonomamente in PS deve essere accompagnato da un suo familiare o dal personale della struttura ospitante

Lo studente è responsabile della corretta compilazione di tutta la documentazione relativa all'infortunio

Infortunio studente

La guida di tirocinio (o il Mentor/Coordinatore della struttura) è tenuta a compilare la pagina 4 dell'allegato 1 "Comunicazione avvenuto infortunio studente".

Sarà poi cura dello studente inviare tutta la documentazione all'indirizzo indicato (e per conoscenza alla Segreteria del CdL)



All'Università degli Studi di Padova
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova
Tel: 049 827 3232/3148/3127/3121
Mail: trattamenti.economici@unipd.it

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA O DOCENTE RESPONSABILE

_l_ sottoscritt_ .....
In qualità di .....
(indicare: Responsabile di Struttura o Docente Responsabile)
presa visione della dichiarazione resa da .....
in data ..... relativa all'infortunio occorso il giorno.....

DICHIARA

☐ di essere stat_ presente ☐ si ☐ no
☐ se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità ☐ si ☐ no
☐ se no, perché .....

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante
.....

Il kit da viaggio dello studente in corsia:
10 pensieri da portare con te

Sorridi, anche sotto la mascherina!
Il paziente non lo vede, ma lo sente. Il tuo buonumore è contagioso (più del raffreddore!).

Domanda sempre, non c'è vergogna!
L'unica domanda sbagliata è quella non fatta. E no, "dove sono i guanti?" non è una domanda stupida.

Le prime volte sono come il caffè dell'ospedale: amaro, ma poi ci fai l'abitudine.
Ogni gesto diventerà più fluido. Promesso!

Sii gentile con tutti, anche con il carrello delle medicazioni: prima o poi si vendicherà!
Sì, cadrà. Sì, proprio quando hai fretta.

Abbi pazienza (con te stesso, con i pazienti, con il PC che si blocca).
Sei lì per imparare, non per essere perfetto.

Il camice è bianco, ma tu mettici colore.
Personalità, empatia, umanità. Il miglior "kit da tirocinio".

Accetta il feedback: non è un giudizio, è un regalo.
Anche se all’inizio sembra carta vetrata.

Mangia. Dormi. Respira. Ripeti.
Prendersi cura di sé è il primo passo per prendersi cura degli altri.

Ogni paziente è una storia, non solo un letto o un numero.
Ascolta: a volte il cuore parla prima della cartella clinica.

Ricorda perché hai scelto di fare questo mestiere.
Nei giorni belli ti farà sorridere. Nei giorni duri… anche!!

BUON TIROCINIO A TUTT
VOI!!!