|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene testo, Carattere, emblema, logo  Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto. | ***Scuola di Medicina e Chirurgia******Corso di Laurea in Infermieristica******Sede di Schio*** |

**1° ANNO**

**A.A. 2024/2025**

|  |
| --- |
| **REPORT DI ASSISTENZA*** **Area chirurgica**
* **Pre- operatorio ( solo se intervento in urgenza- no intervento in elezione)**
* **Post- operatorio**
 |

Cognome Nome studente…………………………………………………. Matricola…………………

Sede di tirocinio:

Ospedale di……………………….…. U.O……………………………….

3° Esperienza dal …………………..      al………………………………..

Tutor didattico……………………………………………………………

|  |
| --- |
| **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)

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

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

|  |
| --- |
| **POSTOPERATORIO specifica: I - II - III – IV – V GIORNATA1.0** **ACCERTAMENTO ESEGUITO IN DATA………………. ORA……………..** |

**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)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ricovero** | **Provenienza** |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | urgente programmato  | 🌣domicilio🌣attivazione ADI 🌣attivazione UVMD🌣 Altro ospedale………………………………………………………🌣 Altro reparto …………………………………………………………🌣Casa riposo/ RSA ………………………………………………….. |
| Diagnosi medica ingresso: | Intervento programmato di: |
|  |
| **Ultimi ricoveri in Ospedale**  |
| data ……………………………………………reparto…………………………………………Diagnosi di dimissione……………………Richiesta cartella clinica…………………. | data ……………………………………………reparto…………………………………………Diagnosi di dimissione…………………Richiesta cartella clinica…………………… |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATOLOGIE CONCOMITANTI** | **TERAPIA DOMICILIARE** | **INDICAZIONI ALLA PROFILASSI** | **ALLERGIE - INTOLLERANZE** |
| **Farmaco\forma\dosaggio\orario** |
| …………………………………………..…………………………………………..………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….…………………………………………. | ………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….…………………………………………. | * Standard
* Da Contatto
* Via aerea
* Via ematica
* Droplets
* …………………

Motivazione:  | * Allergene

🌣Lattice🌣Alimentare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🌣Farmaci: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reazioni:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ALTRE NOTIZIE UTILI (Positività sierologiche accertate, gruppo sanguigno… )** |
|  |
|  |

**MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE - *M. GORDON***

|  |
| --- |
| **1. 01 PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE** |
| **Consumo di tabacco:** 🌣NO 🌣SI **Consumo di alcoo**l: 🌣NO 🌣SI quantità……………  **Uso di altre sostanze:** 🌣 NO 🌣SI tipo………………**Descrizione della propria salute:** 🌣 Buona 🌣 Discreta 🌣Mediocre 🌣Precaria🌣Scadente 🌣 Gravemente compromessa**Adesione** ad attività di promozione della salute(dieta/attività fisica): 🌣NO 🌣SIspecificare………………………**Adesione** ad attività di protezione della salute(screening/visite periodiche) 🌣NO 🌣SIspecificare………………………….**Adesione** ad autoesami (palpazione, automonitoraggio PA, glicemia) 🌣NO 🌣SIspecificare………………………. | **Gestione della terapia domiciliare:*** autonoma
* con aiuto di: …………………………….

**Gestione della propria salute:*** autonoma
* con aiuto di: …………………………….

**Condizioni igieniche:*** buone
* sufficienti
* insufficienti

**Segue le cure prescritte:** * si
* no perché………………………………….
 |

|  |
| --- |
| **1. 02 NUTRIZIONALE - METABOLICO** |
| **SISTEMA TEGUMENTARIO** |
| **Cute*** normocromica
* pallida
* cianotica
* itterica
* idratata
* disidratata
* eritema
* altro ………………….
 | Presenza di**🌣 edemi:**sede …………………………………………**🌣 lesioni da decubito*** no
* si: grado: 🌣1° 🌣2° 🌣3° 🌣4°

 Tipologia di medicazione …………………………… | **Altre ferite / lesioni / drenaggi*** sede ……………………………………

Tipologia di medicazione ……………………………Data ultima medicazione…………………………**Accessi vascolari*** sede / tipo ……………………………………

Tipologia di medicazione ……………………………Data ultima medicazione………………………… |
| **Alimentazione:*** autonomo
* con aiuto
* 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 …………………………

**Malnutrizione** 🌣NO 🌣SIAccertata con scala di valutazione……………………………………………… | **Nutrizione:*** dieta libera
* per diabetici
* specialistica
* ………………

**Appetito*** aumentato
* diminuito

**Disfagia** 🌣no 🌣siAccertata con scala di valutazione**………………………..** * solidi
* liquidi
* assoluta
 | Nutrizione Enterale (**NE**)* SNG
* PEG
* …………………………

Nutrizione Parenterale (**NPT**) * CVC
* CVP
* Altro………
 | **protesi dentale**:* si

◊ *inferiore* ◊ *superiore** no

**Peso:** ……**Altezza: …….****BMI:** …… * sottopeso
* Normopeso
* Sovrappeso
* obeso

**Variazioni di peso** (N°kg/tempo)* si: Kg ………
* no
 |
| **Temperatura ……….. °C****(sede)**…………… |

|  |
| --- |
| **1.03 ELIMINAZIONE** |
| **URINARIA****Diuresi** * nessun problema
* ritenzione (globo vescicale) ml\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* disuria (dolore alla minzione)
* nicturia (minzione notturna)

**Incontinenza** 🌣NO🌣SI🌣da stress 🌣da urgenza 🌣mista 🌣funzionale 🌣riflessa 🌣totale **Portatore di:*** catetere vescicale: 🌣NO 🌣SI
* posizionato: il ……………… Tipo…………………… Ch°………

**Motivazione** 🌣ritenzione urinaria: ristagno accertato………🌣intervento chirurgico/invasivo 🌣monitoraggio diuresi**Quantità urine** …………… ml**Colore urine**…………………………………* condom
* urostomia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* pannolone
 | **INTESTINALE**n° volte /die……………* nessun problema – regolare - continente
* diarrea (evacuazioni frequenti e liquide)
* stipsi (< 3 evacuazioni a settimana)
* incontinenza occasionale
* incontinenza abituale
* melena
* rettoraggia
* feci acoliche

**Portatore di:*** stomia ◊ ileostomia ◊ colostomia
* pannolone: 🌣NO 🌣SI

**Data ultima scarica: …………………………….****Uso di lassativi :** 🌣NO 🌣SI Quali: ……………… via di somm: …………………….Frequenza: 🌣AB 🌣abitualeUltima assunzione: ………………….Con esito: …………………… |
| **Drenaggi**Sito…………………. Quantità liquido drenato ………… ml sieroso siero/ematico ematicoSito…………………. Quantità liquido drenato ………… ml sieroso siero/ematico ematicoSito…………………. Quantità liquido drenato ………… ml sieroso siero/ematico ematico |
| **BILANCIO IDRICO (se ritenuto necessario al caso clinico. Da allegare all’accertamento)**ULTIMO BILANCIO giornaliero rilevato ml:………………………………………… |

|  |
| --- |
|  **1.04 ATTIVITA’ – ESERCIZIO**  |
| **SISTEMA CARDIOVASCOLARE****FC** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Polso: …………🌣 ritmico 🌣 aritmico
* Qualità del polso: 🌣 flebile 🌣 pieno 🌣altro …………
* Dolore toracico: 🌣 si 🌣 no
* Vertigini: 🌣 si 🌣no
* Svenimenti: 🌣si 🌣 no
* PM Temporaneo
* PM Definitivo
 | **SISTEMA RESPIRATORIO****Frequenza Respiratoria**\_\_\_\_\_\_\_ **SO2 %\_\_\_\_\_\_**Qualità respiro: * eupnoico
* superficiale
* rapido
* altro ……………….
* dispnea ◊ da sforzo ◊ a riposo
	+ Tosse ◊ NO ◊ SI: ◊ catarrale ◊ secca
	+ Ossigeno terapia lt/m\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ tracheotomia - Cannula tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Mobilizzazione prima del ricovero*** emiplegico …………………………
* paraplegico ……………………….
* amputazione ………………………
* protesi ……………………………….
 | * autonomo
* non autonomo: ◊ allettato ◊ in poltrona
* deambula: ◊ con aiuto ◊ con ausilii:

 ◊ carrozzina  ◊ bastone  ◊ tripode | * + 1. **All’accertamento**
* autonomo
* non autonomo:

◊ allettato ◊ in poltronaDeambula: 🌣NO 🌣SI◊ con aiuto ◊ con ausilii:◊ carrozzina ◊ bastone ◊ tripode |

|  |
| --- |
| **1.05 RIPOSO - SONNO** |
| **Abitudini**: ore/notte \_\_\_\_\_ Pisolino pomeridiano 🌣no 🌣siSi sente riposato al risveglio 🌣no 🌣si Difficoltà ad addormentarsi 🌣no 🌣si🌣 Risveglio precoce 🌣 insonnia 🌣 Incubi 🌣altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paziente sedato 🌣no 🌣si  | * problemi riferiti………………………

uso di farmaci per dormire:* si: quali…………… 🌣AB 🌣abituale
* no

Altre abitudini per favorire il sonno…………………………………… |

|  |
| --- |
| **1.06 COGNITIVO PERCETTIVO *\**** *vedere scala di valutazione del dolore* |
| **Vista:*** presente
* non presente (cecità) ◊ Odx ◊ Osx
* parziale ◊ Odx ◊ Osx

uso di occhiali 🌣NO 🌣SI**patologie:*** glaucoma: ◊ Odx ◊ Osx
* cataratta: ◊ Odx ◊ Osx
 | **Udito:*** presente
* non presente (sordità)
* ipoacusia ◊ dx ◊ sx

Uso di protesi 🌣NO 🌣SI | **Linguaggio:*** normale
* afasia
* disartria
* balbuzia
* lingua parlata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* capacità di comprensione: ◊ no ◊ si
* capacita di comunicazione: ◊ no ◊ si
 |
| **Stato mentale:** | * + vigile
* agitato
 | * assopito
* comatoso
 | * orientato
* disorientato: ◊ spazio ◊ tempo
 |
| * Se necessario, allegare GLASGOW COMA SCALE (GCS) punteggio:
 |

|  |
| --- |
| **1.07 PERCEZIONE DI SE’**  |
| Presenza di modificazioni corporee che hanno creato dei problemi? 🌣NO🌣SIAnsia/paura/ preoccupazione sullo stato di salute o sulla gestione della nuova situazione 🌣NO 🌣SI specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cosa lo aiuta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cosa peggiora l’ansia/paura/preoccupazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si sente in grado di affrontare il decorso anche in conseguenza della modificazione corporea o della malattia 🌣SI 🌣NO |
|  |
| **1.08 RUOLO – RELAZIONE** |
| Stato civile: ……………………………….Attività lavorativa: ❑ pensionato ❑ occupato❑ disoccupato❑ inabile a breve termine❑ inabile a lungo terminePercezione di sentirsi solo: 🌣 SI 🌣NO🌣Vive in famiglia 🌣da solo 🌣in struttura 🌣altro  | **Sistemi di supporto*** Famiglia…………………………………………………………………………………..
* Amici……………………………………………………………………………………….
* Vicini ……………………………………………………………………………………...
* Volontariato …………………………………………………………………………...
* Badante
* Gruppi di auto mutuo aiuto………………………………………
* Servizi sociali
* Nessuno
 |
| Preoccupazioni dei famigliari relative al ricovero:……………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| * 1. **SESSUALITA’ - RIPRODUZIONE**
 |
| **DONNA:** 🌣Menopausa 🌣Età fertile data U.M …………………………………Ciclo Mestruale Durata gg…………….* Regolare
* Irregolare
* Dismenorrea
* Amenorrea

Tipologia di flusso 🌣scarso 🌣abbondante 🌣normaleGravidanze: 🌣NO 🌣SIn° gravidanze ………n° aborti ………n° figli vivi …………. Infertilità: 🌣no 🌣 si 🌣non sa riferire Auto- palpazione del seno 🌣no 🌣 siData Ultimo Pap test:……………🌣esito negativo 🌣 esito positivo (specificare) ……….. Contraccezione 🌣no 🌣 si ………………………………………….Positività per patologie sessualmente trasmissibili: * Si………………………………
* no

Preoccupazioni sessuali legate alla malattia…………………… | **UOMO:**Infertilità: 🌣no 🌣 si 🌣non sa riferiren° figli:…………Contraccezione: 🌣no 🌣si ………………………………………….Positività per patologie sessualmente trasmissibili: * Si………………………………
* no

Preoccupazioni sessuali legate alla malattia:……………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **1.10 COPING – TOLLERANZA ALLO STRESS** |
| **Preoccupazione legata alla malattia:**  | **livello di ansia/paura** |
| * accettazione
* rifiuto
 | * ansia
* aggressività
* agitazione
* depressione
* pianto frequente
 | * lieve
* moderata
* grave
* panico
 |
| Situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi (patologie, farmaci, situazioni) ……………………………………………….Persone di riferimento in grado di aiutare……………………………………………………………………………………………………………………Perdite/cambiamenti importanti nell’ultimo anno anche non strettamente correlate alla malattia …………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **1.11 VALORI - CONVINZIONI** |
| Valori ritenuti importanti: 🌣 Famiglia 🌣 Salute 🌣 Carriera 🌣Sport / Attività fisica 🌣 Altro: …………………………………Credente? 🌣no 🌣si (se ritenuto utile specificare il credo religioso)…………………………………………………………… Cosa lo aiuta quando affronta difficoltà? 🌣 Il supporto della famiglia 🌣 Gli amici 🌣 La fede religiosa 🌣 Il lavoro su se stesso (es. meditazione, psicoterapia) 🌣 Altro:……………………………………Eventuali imposizioni date dal credo religioso (Alimentazione, trattamenti medici, uso di farmaci etc.) ………………………………  |

**SCHEDE DI VALUTAZIONE:**

|  |
| --- |
| **1.06 DOLORE** |
| Dolore presente: * no
* si insorto da gg……………
 | Sede ……………………………………………………………Irradiazione …………………………………………………  | Sede |
| **Caratteristiche temporali:**-Intensità continua: * costante
* variabile

-Intensità discontinua* Saltuario
* episodico
* ritmico
 |  | frequenza o variazioni:* mattutino
* pomeridiano
* vespertino
* notturno
 |
| VALUTABILE CON SCALA NRS (Numerical Rating Scale) \* Intensità del dolore secondo il paziente🌣si 🌣no

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

Descrizione data dal paziente sul tipo di dolore: ………………………………………………………………..........................................……….. |
|   |
| Utilizzo di altra scala di valutazione (allegare scala utilizzata) |
| NOPPAINPAINADWONG BAKER FACEAltro……………. |

|  |
| --- |
| **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 |
| **CURA DELL’ASPETTO ESTERIORE** |
| ha bisogno di assistenza nella cura personale | 0 |
| in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi | 5 |
| **CAPACITA’ DI VESTIRSI**  |
| non in grado di vestirsi autonomamente | 0 |
| ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia | 5 |
| in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, etc…) | 10 |
| **TRANSITO INTESTINALE** |
| non in grado di controllare l’alvo | 0 |
| occasionalmente non in grado di controllare l’alvo | 5 |
| in grado di controllare l’alvo | 10 |
| **VESCICA**  |
| non in grado di controllare la minzione | 0 |
| occasionalmente non in grado di controllare la minzione | 5 |
| in grado di controllare la minzione | 10 |
| **UTILIZZO DEL WC**  |
|  non in grado di utilizzare il wc | 0 |
|  in grado di utilizzare il wc con assistenza | 5 |
|  in grado di utilizzare il wc autonomamente | 10 |
| **TRASFERIMENTI** (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa) |
| non in grado di effettuare i trasferimenti | 0 |
| è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti | 5 |
| è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico) | 10 |
| è in grado di effettuare trasferimenti | 15 |
| **MOBILITA’ SU SUPERFICI PIANE** |
| non è in grado di spostarsi per più di 50 metri | 0 |
| in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri | 5 |
| in grado di deambulare per più di 50 metri con l’assistenza (verbale o fisica) di una persona | 10 |
| in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri | 15 |
| **SCALE**  |
| non in grado si salire e scendere le scale | 0 |
| in grado di salire e di scendere le scale con assistenza | 5 |
| in grado di salire e scendere le scale autonomamente | 10 |
| **Totale*** L’indice dovrebbe essere usato per registrare quello che un pz fa realmente NON quello che potrebbe fare
* Lo scopo principale è stabilire il grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale
* La necessità di supervisionare rende il pz NON indipendente
* La prestazione del pz dovrebbe essere stabilita usando i migliori dati disponibili. Le fonti abituali saranno domande dirette al pz, parenti, caregiver, importante però anche l’osservazione diretta
* I pz in stato di incoscienza ricevono un punteggio di 0 in tutte le voci, anche se non ancora incontinenti
* Le categorie intermedie implicano la partecipazione ad oltre il 50% dello sforzo
* L’uso di ausili per essere indipendenti è permesso
 |  |

|  |
| --- |
| **1.04 SCALA DI BRADEN** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **VALUTAZIONE** |
| **Percezione sensoriale**Abilità a risponderein modo correttoalla sensazione didisagio correlata allapressione | **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 dolore in molte zone del corpo  | **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 limita la percezione del dolore almeno per metà del corpo | **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 limita la percezione del dolore o del disagio in 1 o 2 estremità | **4. Nessuna limitazione**Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire o di esprimere il dolore ed il disagio |  |
| **Umidità**Grado diesposizione dellapelle all’umidità  | **1. Costantemente umido**La pelle è mantenuta costantemente umida da traspirazione, dall’urina ecc.Ogni volta che il paziente si muove o si gira, lo si trova sempre umido | **2. Spesso umido**La pelle è spesso, ma non sempre, umida. La biancheria deve essere cambiata almeno una volta per turno | **3. Occasionalmente umido**La pelle è occasionalmente umida; richiede un cambio di biancheria extra circa una volta al giorno | **4. Raramente umido** La pelle è abitualmente asciutta,; la biancheria va cambiata ad intervalli di routine |  |
| **Attività**Grado di attività fisica | **1. Completamente allettato** Costretto a letto | **2. In poltrona**Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito in sedia/poltrona o sedia a rotelle | **3. Cammina occasionalmente** Cammina occasionalmente durante il giorno, ma per brevi distanze con o senza aiuto. Passa la maggior parte del tempo a letto o sulla poltrona | **4. Cammina frequentemente**Cammina fuori della camera almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo) |  |
| **Mobilità**Capacità dicambiare e dicontrollare leposizioni del corpo | **1. Completamente immobile**Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza | **2. Molto limitato** Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione autonomamente | **3. Parzialmente limitata**Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo | **4. Senza limitazioni**Si sposta frequentemente e senza assistenza |  |
| **Nutrizione**Assunzione usuale di cibo | **1. Molto povera** Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Mangia 2 porzioni o meno di proteine al giorno (carne o latticini). Assume pochi liquidi e nessun integratore **O**è a digiuno e/o mantenuto solamente con fleboclisi o bevande per più di 5 giorni | **2. Probabilmente inadeguata**Raramente mangia un pasto completo e generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine assunte includono solo 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente prende integratori **O**Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale  | **3. Adeguata** Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni di proteine al giorno (carne o latticini). Occasionalmente può rifiutare un pasto ma usualmente assume integratori quando offerti**O**si alimenta con nutrizione enterale o parenterale, probabilmente assumendo il quantitativo nutrizionale necessario  | **4. Eccellente** Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto, tipicamente mangia un totale di 4 o più pasti di carne o latticini , talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori. |  |
| **Frizione e scivolamento** | **1. Problema** Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti. La mobilizzazione senza attrito sulle lenzuola è impossibile. Frequentemente scivola dal letto o dalla sedia. Richiede frequenti riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture o agitazione che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona. | **2. Problema potenziale**Si muove poco o richiede una minima assistenza. Durante lo spostamento, probabilmente la pelle sfrega contro le lenzuola o con il piano della poltrona. Mantiene una buona posizione a letto o in sedia per la maggior parte del tempo ma occasionalmente può slittare.  | **3. Senza problemi apparenti**Si sposta in modo autonomo nel letto e sulla sedia e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una corretta posizione a letto o in sedia |  |  |
| **PUNTEGGIO TOTALE:** |  |
| **NR. DI LESIONI DA PRESSIONE PRESENTI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE:** |  |
| **Legenda****>19 = assenza di rischio**, **18-15= basso rischio** ,**14-13= rischio medio**, **< 12= rischio elevato** |  |

|  |
| --- |
| **Firma studente**………………………………………… |

|  |
| --- |
| **TERAPIA FARMACOLOGICA PRESCRITTA** |

|  |
| --- |
| ***TERAPIA FARMACOLOGICA IN REPARTO*** |
| ***NOME com. e PRINCIPIO att.*** | ***POSOLOGIA\ORARIO*** | ***VIA som.ne*** | ***TIPOLOGIA/CLASSE FARMACEUTICA*** | ***INDICAZIONI alla som.ne (es. se NRS > 4/10, infusione continua, a stomaco vuoto, …)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PROCESSO DIAGNOSTICO****Post Operatorio specifica: I - II - III – IV – V GIORNATA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 (POST) |  |  |  |  |  |
| 2.Nutrizionale metabolico (POST) |  |  |  |  |  |
| 3. Eliminazione (POST) |  |  |  |  |  |
| 4. Attività- esercizio fisico (POST) |  |  |  |  |  |
| 5. Riposo – sonno (POST) |  |  |  |  |  |
| 6. Cognitivo – percettivo DOLORE (POST) |  |  |  |  |  |
| 7. Percezione di sé (POST) |  |  |  |  |  |
| 8. Ruolo – relazione (POST) |  |  |  |  |  |
| 9. Sessualità – riproduzione (POST) |  |  |  |  |  |
| 10. Coping - tolleranza allo stress (POST) |  |  |  |  |  |
| 11. Valori-convinzioni (POST) |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE** |

**DEFINIRE LE PRIORITA’**

**Dei problemi individuati attraverso il processo diagnostico elencare in ordine decrescente quelli ritenuti prioritari (fino a 3 priorità) e motiva la scelta.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problemi PRIORITARI****(riportare i PES come enunciati nel processo diagnostico)** | **Motivazione****(Perché si ritiene il problema prioritario? Perché si è scelto di mettere un problema al n. 1 rispetto che al n. 3 ?)** |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |
| 6) |  |

|  |
| --- |
| **PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE** |

**-Scegliere 1 problema di assistenza infermieristica e 1 problema collaborativo ritenuti prioritari e motivarne la scelta.**

**-Rispetto a questi identificare un obiettivo indicando soggetto, criteri di esito e di tempo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problema di Assistenza Infermieristica AUTONOMA****PRIORITARIO** | **Obiettivo****(soggetto, criteri di esito e di tempo)** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Problema Collaborativo PRIORITARIO** | **Obiettivo****(soggetto, criteri di esito e di tempo)** |
|  |  |