|  |  |
| --- | --- |
| 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 medica** * **Strutture residenziali** * Altro….. |

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)

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

|  |
| --- |
| **1.0 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 🌣SI  specificare………………………  **Adesione** ad attività di protezione della salute  (screening/visite periodiche) 🌣NO 🌣SI  specificare………………………….  **Adesione** ad autoesami (palpazione,  automonitoraggio PA, glicemia) 🌣NO 🌣SI  specificare………………………. | **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 🌣SI  Accertata con scala di valutazione  ……………………………………………… | | **Nutrizione:**   * dieta libera * per diabetici * specialistica * ………………   **Appetito**   * aumentato * diminuito   **Disfagia** 🌣no 🌣si  Accertata 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 🌣abituale  Ultima assunzione: ………………….  Con esito: …………………… |
| **Drenaggi**  Sito…………………. Quantità liquido drenato ………… ml sieroso siero/ematico ematico  Sito…………………. Quantità liquido drenato ………… ml sieroso siero/ematico ematico  Sito…………………. 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 poltrona  Deambula: 🌣NO 🌣SI  ◊ con aiuto  ◊ con ausilii:  ◊ carrozzina  ◊ bastone  ◊ tripode |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.05 RIPOSO - SONNO** | |
| **Abitudini**: ore/notte \_\_\_\_\_ Pisolino pomeridiano 🌣no 🌣si  Si 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🌣SI  Ansia/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 termine  Percezione 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 🌣normale  Gravidanze: 🌣NO 🌣SI  n° gravidanze ………n° aborti ………n° figli vivi ………….  Infertilità: 🌣no 🌣 si 🌣non sa riferire  Auto- palpazione del seno 🌣no 🌣 si  Data 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 riferire  n° 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 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 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 di  esposizione della  pelle 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 di  cambiare e di  controllare le  posizioni 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** |

**(Times New Romans carattere 11, interlinea 1, mantenere gli spazi della tabella predefiniti):**

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

|  |
| --- |
| **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)** |
|  |  |