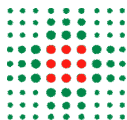


+



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

CARTELLA INFERMIERISTICA

AD USO DIDATTICO

NOME _____ COGNOME _____

ANNO ACCADEMICO _____ ANNO DI CORSO 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐

SEDE DI TIROCINIO _____

DATA DI CONSEGNA _____ TUTOR DIDATTICO _____

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Nome (iniziali) _____ Cognome (iniziali) _____ Età _____ Sesso M ☐ F ☐

Data _____ Ora di arrivo _____

Persona da contattare _____ Telefono _____

PROVENIENZA DA: ☐ proprio domicilio ☐ vive solo ☐ vive con familiari
☐ struttura socio-assistenziale ☐ senza fissa dimora

TIPO DI RICOVERO: ☐ programmato ☐ urgente ☐ trasferito da _____

MODO DI ARRIVO: ☐ sedia a rotelle ☐ barella ☐ a piedi

SINTOMATOLOGIA E/O DIAGNOSI MEDICA DEL RICOVERO:

ULTIMO RICOVERO IN OSPEDALE:

Data _____

Motivo _____

PATOLOGIE PREGRESSE E CONCOMITANTI A CARICO DELL'APPARATO:	☐ Respiratorio _____
	☐ Cardiocircolatorio _____
	☐ Digerente _____
	☐ Metabolico _____
	☐ Neurologico _____
	☐ Ostemuscolare _____
	☐ Genito-urinario _____
	☐ Dermatologico _____
	☐ Altro _____

FARMACOTERAPIA :

FARMACI	DOSAGGIO	ORARIO	ULTIMA DOSE ASSUNTA

MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE

CONSUMO DI:

Tabacco: ☐ no ☐ si quantità _____ /die

Interrotto da _____

Alcoolici: ☐ no ☐ si tipo _____ quantità _____ /die

Altre sostanze: ☐ no ☐ si tipo _____ uso _____

ALLERGIE RIFERITE: ☐ NO ☐ SI

☐ Farmaci _____

☐ Alimenti _____

☐ Altro _____

(specificare)

Tipo di reazione: _____

Attività sportiva:

MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

CAPACITA' DI CURA DI SE'

0 = indipendente 1 = ausili 2 = aiuto di altre persone
3 = aiuto di altre persone più ausili 4 = dipendente/disabile

Prima del ricovero

	0	1	2	3	4
Mangiare / bere					
Igiene personale					
Vestirsi / cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					

Durante l'accertamento di questo ricovero

	0	1	2	3	4
Mangiare / bere					
Igiene personale					
Vestirsi / cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					

Ausili: ☐ no ☐ stampelle ☐ deambulatore ☐ bastone ☐ sedia a rotelle
☐ altro _____

Eventuali modificazioni: _____

MODELLO SONNO - RIPOSO

Abitudini: ore/notte _____ ☐ Riposo pomeridiano
 Assunzione di farmaci? ☐ no ☐ si Quali ? _____
☐ Insonnia

MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO

☐ dieta libera
☐ preferenze alimentari _____
☐ dieta personalizzata _____
 (specificare)

Appetito: ☐ normale ☐ aumentato ☐ diminuito ☐ gusto diminuito
☐ nausea ☐ vomito ☐ stomatite

Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi: ☐ no ☐ si _____ kg di aumento/perdita

Body mass index: _____ Kg/altezza (in metri)²

> 40	Sovrappeso di 3° grado	Grave obeso
30-40	Sovrappeso di 2° grado	Obeso
25-30	Sovrappeso di 1° grado	Sovrappeso
18,5-25	Normopeso	Normale
< 18,5	Sottopeso	Magro

Difficoltà di deglutizione (disfagia): ☐ no ☐ solidi ☐ liquidi

Protesi dentali: ☐ no ☐ si ☐ superiore ☐ parziale ☐ completa
☐ inferiore ☐ parziale ☐ completa

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

☐ NPT ☐ NPP
☐ ENTERALE () PEG () SNG

MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE

Ultima mestruazione: _____

Problemi mestruali: ☐ no ☐ si

Menopausa: ☐ no ☐ si

In gravidanza: ☐ no ☐ si figli _____

MODELLO DI ELIMINAZIONE

Abitudini intestinali: frequenza evacuazioni/die _____

caratteristiche delle feci _____

data dell'ultima evacuazione _____

uso di clisteri/lassativi ☐ no ☐ si altro _____

☐ incontinenza

☐ stomia (specificare) _____

☐ autogestita gestita da _____

Abitudini urinarie: frequenza/die _____ caratteristiche urine _____

☐ disuria ☐ nicturia ☐ bisogno impellente ☐ ritenzione

Incontinenza: ☐ no ☐ si ☐ totale ☐ diurna ☐ notturna ☐ occasionale

☐ difficoltà a rimandare la minzione ☐ difficoltà a raggiungere il bagno

Ausili: ☐ cateterismo intermittente (orari: _____)

☐ autogestita gestita da _____

☐ stomia (specificare: _____)

☐ autogestita gestita da _____

☐ presidi per incontinenti: (specificare) _____

☐ catetere permanente

Posizionato il _____ tipo di catetere _____

Sostituzione prevista per il _____

☐ Trattamento dialitico: (specificare) _____

MODELLO RUOLO – RELAZIONI

Occupazione: _____

Sistema di supporto: ☐ coniuge ☐ figli ☐ parenti ☐ vicini-amici
 ☐ nessuno ☐ vive in famiglia ☐ altro _____

MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO

Stato di coscienza: ☐ vigile ☐ soporoso ☐ comatoso

Orientamento: ☐ orientato (☐ spazio ☐ tempo)

☐ disorientato (☐ spazio ☐ tempo)

Linguaggio: ☐ normale ☐ disartria ☐ afasia espressiva

☐ Tracheostomia ☐ Tubo endotracheale

☐ afasia recettiva

Lingua parlata _____

Udito: ☐ Normale ☐ ipoacusia ☐ sordità ☐ destra ☐ sinistra

 ausili _____

Vista: ☐ Normale

☐ occhiali ☐ lenti a contatto

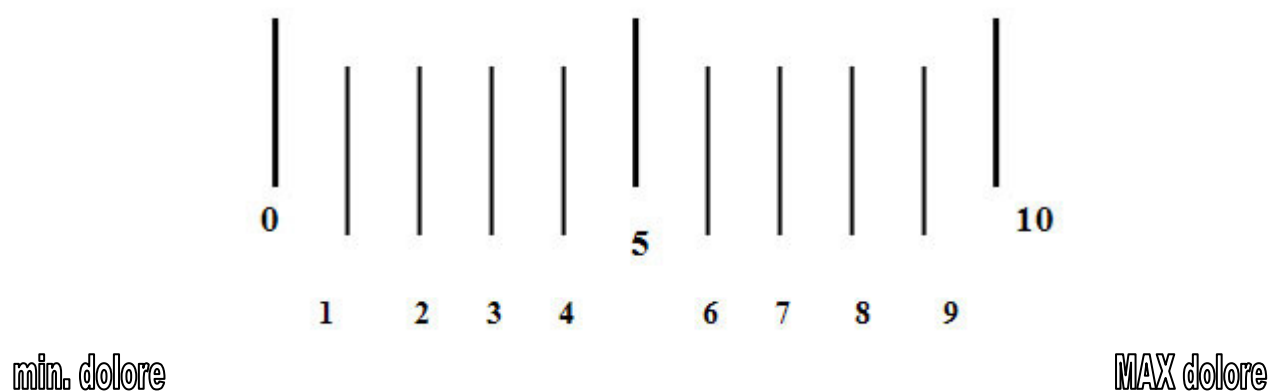
☐ Non vedente

Malessere: tipo _____

Dolore: ☐ assente ☐ acuto ☐ cronico sede _____

Gestione del dolore: _____

NRS (Scala Numerica)



MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS - PERCEZIONE DI SE' - CONCETTO DI SE'

Principali preoccupazioni (sull'ospedalizzazione o malattia, altro):

Agitazione/ansia

Intensità: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
 tranquillo (riferita dal paziente) agitato

☐ non misurabile

Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno:

ESAME OBIETTIVO

APPARATO RESPIRATORIO – CIRCOLATORIO

Temperatura corporea _____ Sede _____

Caratteristiche del respiro: ☐ eupnoico ☐ dispnoico
☐ bradipnoico _____ ☐ tachipnoico
☐ superficiale ☐ profondo
☐ altro _____

Tosse: ☐ no ☐ si tipo _____

Polso (p.a.p.) : _____ Ritmo: ☐ regolare ☐ irregolare

Pressione arteriosa (P.A.) : _____ mm/Hg rilevata al ☐ braccio dx ☐ braccio sx

SISTEMA METABOLICO – TEGUMENTARIO

CAVO ORALE: ☐ arrossamenti ☐ lesioni altro _____

CUTE:

Colorito: ☐ normale ☐ pallida ☐ cianotica ☐ itterica ☐ altro _____

Temperatura: ☐ normale ☐ fredda ☐ calda sede _____

Edemi: ☐ no ☐ si descrizione/sede _____

Lesioni/ferite chirurgiche: ☐ no ☐ si descrizione/sede _____

Contusioni: ☐ nessuna ☐ si descrizione/sede _____

Arrossamenti: ☐ no ☐ si descrizione/sede _____

Lesioni da decubito: ☐ no ☐ si

Prurito: ☐ no ☐ si descrizione/sede _____

Anamnesi dermatologica/problemi di guarigione: ☐ no ☐ guarigione anormale

Eventuali modificazioni: _____

ADDOME

Rumori intestinali (riferiti dal paziente): ☐ presenti ☐ assenti

☐ altro _____

PRESIDI MEDICI: ☐ CVP ☐ CVC ☐ Sistema impiantabile _____

SISTEMA NEURO – SENSORIALE

Pupille: ☐ isocoria ☐ anisocoria _____

Reattività alla luce: destra ☐ si ☐ no specificare _____
sinistra ☐ si ☐ no specificare _____

Occhi: ☐ normali ☐ con secrezioni ☐ arrossati ☐ altro _____

APPARATO MUSCOLO - SCHELETRICO

Escursione articolare: ☐ completa altro _____

Equilibrio e andatura: ☐ stabile ☐ instabile ☐ altro (specificare) _____

Preso delle mani: ☐ normale

☐ debolezza ☐ destra ☐ sinistra

☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra

Muscoli arti inferiori: ☐ normale

☐ debolezza ☐ destra ☐ sinistra

☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra

Scala di BRADEN

<i>Indicatori</i>	<i>Variabili</i>			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	Non limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti le capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. o Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	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 o disagio almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA' Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Occasionalmente bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Leggermente bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
ATTIVITA' MOTORIA Grado di attività fisica.	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore del riposo)	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Completamente allettato Costretto a letto.
MOBILITA' Capacità di cambiare e di controllare la posizione del corpo.	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile Non può aver alcun cambiamento di posizione senza assistenza.

Indicatori	Variabili			
	4	3	2	1
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo.	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate Mangia più della metà dei pasti. 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con NPT e NE, assumendo il quantitativo necessario.	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, eccezionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida e enterale (con sondino)	Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o moderato con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con la lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

TOTALE INDICE _____

Legenda: PAZIENTE A RISCHIO se il punteggio è inferiore o = a **16**

Data _____

Firma _____

Scala di CONLEY

(per la valutazione del rischio di caduta del paziente)

Istruzioni:

le prime 3 domande devono essere rivolte solo al paziente; possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver , solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.

La risposta “non so” è da considerare come risposta negativa.

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

N.B.: Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2

OSSERVAZIONI ULTERIORI NON PREVISTE NELL'ACCERTAMENTO STRUTTURATO

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO¹

¹ Formulare una breve **presentazione del caso** in cui descrivere:

1. il motivo del ricovero
2. la storia di salute recente e significativa del paziente preso in carico
3. eventuali esami diagnostici eseguiti prima del ricovero

INDAGINI DIAGNOSTICHE

[illegible]

Data di richiesta	RADIOLOGIA	Data di esecuzione
Data di richiesta	STRUMENTALI (Endoscopie/ ECG /EEG / Doppler)	Data di esecuzione
Data di richiesta	CONSULENZE	Data di esecuzione

PRESCRIZIONE TERAPEUTICA

<u>Data inizio</u>	I.	M.	TERAPIA ORALE	ORARIO						Data Sosp.	I.	M.
			<i>AL BISOGNO: (con istruzioni)</i>									

TERAPIA INTRAMUSCOLARE/SOTTOCUTANEA

			<i>AL BISOGNO: (con istruzioni)</i>									

SCHEMA DI SORVEGLIANZA

Data											
Giorni degenza											
40'											
39'											
38'											
37'											
36'											
P.A.											
F.C.											
F.R.											
Sat.O2											
Dolore											
Evacuazioni											
Diuresi											
S.N.G.											
Drenaggi											
P.V.C.											

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE²	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO/ VALUTAZIONE

² Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE³	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO/ VALUTAZIONE

³ Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE⁴	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO/ VALUTAZIONE

⁴ Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

[illegible]

⁵ Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE⁶	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO/ VALUTAZIONE

⁶ Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE⁷	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO/ VALUTAZIONE

⁷ Riportando: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti (modello PES)

MOTIVAZIONI SCIENTIFICHE DEGLI INTERVENTI
(solo per studenti di 1° aa)

[illegible]