



Università degli Studi di Ferrara

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CARTELLA INFERMIERISTICA

AD USO DIDATTICO

STUDENTE _____

ANNO ACCADEMICO _____

ANNO DI CORSO _____

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:

INTERVENTO CHIRURGICO _____

ULTIMO RICOVERO IN OSPEDALE:

Motivo _____

_____ data _____

PATOLOGIE
PREGRESSE
E CONCOMITANTI
A CARICO
DELL' APPARATO:

- ☐ Respiratorio _____
- ☐ Cardiocircolatorio _____
- ☐ Digerente _____
- ☐ Metabolico _____
- ☐ Neurologico _____
- ☐ Ostemuscolare _____
- ☐ Genito-urinario _____
- ☐ Dermatologico _____
- ☐ Altro _____

FARMACOTERAPIA IN ATTO:

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					

Sigle di compilazione: N.A.= non applicabile N.O.=non ottenibile

N.P.= non prioritario

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

Eventuali alterazioni:_____

MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO

- ☐ digiuno
☐ dieta idrica
☐ dieta libera/comune
☐ preferenze alimentari _____
☐ dieta personalizzata _____
(specificare)

Precedenti indicazioni dietetiche: ☐ no ☐ si

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 ELIMINAZIONE

Abitudini intestinali: frequenza evacuazioni _____
consistenza/caratteristiche delle feci _____
data dell'ultima evacuazione _____
uso di clisteri/lassativi ☐ no ☐ si altro _____

- ☐ incontinenza
☐ stomia (specificare) _____
☐ autogestita ☐ gestita da _____

Abitudini urinarie: frequenza _____ caratteristiche urine _____
☐ disuria ☐ nicturia ☐ bisogno impellente ☐ ritenzione
☐ altro _____

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 COGNITIVO - PERCETTIVO

Stato di coscienza: ☐ vigile ☐ soporoso ☐ comatoso

Orientamento: ☐ orientato (☐ spazio ☐ tempo)

☐ disorientato (☐ spazio ☐ tempo)

Linguaggio: ☐ normale ☐ disartria ☐ afasia

☐ Tracheostomia ☐ Tubo endotracheale

Lingua parlata _____

Capacità di comunicare: ☐ no ☐ si

Capacità di comprendere: ☐ no ☐ si

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

ausili _____

Vista: ☐ Normale

☐ occhiali ☐ lenti a contatto

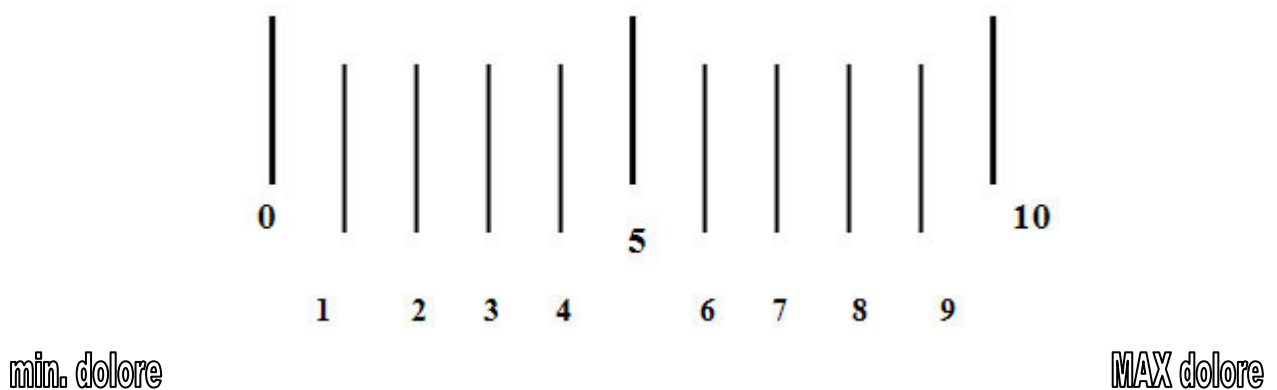
☐ Non vedente

Malessere: tipo _____

Dolore: ☐ assente ☐ acuto ☐ cronico sede _____

Gestione del dolore: _____

NRS (Scala Numerica)



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

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

Intensità:

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

Perdite/lutti/cambiamenti importanti nell'ultimo anno:

Stato emotivo: _____ causa: _____

Ultima mestruazione:

Menopausa: ☐ no ☐ si

In gravidanza: ☐ no ☐ si con figli _____

Problemi mestruali: ☐ no ☐ si

Occupazione:

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

Persone significative di riferimento in caso di necessità: _____

ESAME OBIETTIVO

APPARATO (SISTEMA) RESPIRATORIO – CIRCOLATORIO

Temperatura corporea _____ Sede _____

Frequenza respiratoria (F.R): _____ Caratteristiche del respiro: ☐ superficiale

☐ eupnoico

☐ profondo

☐ bradipnoico

Alterazioni

☐ dispnoico

☐ tachipnoico

☐ altro _____

Tosse: ☐ no ☐ si descrivere _____

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 (scheda di valutazione)

Prurito: ☐ no ☐ si descrizione/sede _____

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

☐ eruzione ☐ secchezza ☐ eccessiva sudorazione

Eventuali modificazioni: _____

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) _____

Presa delle mani: ☐ normale

☐ debolezza ☐ destra ☐ sinistra

☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra

Muscoli arti inferiori: ☐ normale

☐ debolezza ☐ destra ☐ sinistra

☐ paralisi ☐ destra ☐ sinistra

Tabella di Valutazione Scala secondo Braden

Tabella di Valutazione Scala Braden

Parametro	Valutazione verbale	Pt.
Percezione Sensoria	Adeguata (Risposta a stimoli verbali, nessun impedimento a rendere noto verbalmente uno stato di dolore o di scomodità)	4
	Leggermente limitata (Risposta a stimoli verbali, ma non sempre riesce a rendere noto un eventuale stato di dolore o scomodità)	3
	Molto Limitata (Risposta solo a stimoli dolorosi, incapacità di comunicare dolore o scomodità tranne con mugolii e lamenti o agitazione)	2
	Completamente limitata (Nessuna risposta, neppure a stimoli dolorosi)	1
Umidità Cutanea	Pelle Asciutta (non viene rilevato quasi mai sudore, urina o altro)	4
	Pelle occasionalmente bagnata	3
	Pelle molto spesso bagnata	2
	Pelle costantemente bagnata	1
Attività Fisica	Cammina frequentemente (Esce dalla stanza un paio di volte al giorno e gira per la stanza almeno ogni 2 ore nelle ore di veglia)	4
	Cammina occasionalmente (Percorre distanze molto brevi, con/senza assistenza. Passa la maggior parte del tempo seduto o a letto)	3
	Costretto su sedia (Non è in grado di sostenere il proprio peso e deve essere aiutato a sedersi su sedia o sedia a rotelle)	2
	Costretto a letto (Non può muoversi dal letto)	1
Mobilità	Illimitata (Compie spostamenti frequenti ed ampi senza alcuna assistenza)	4
	Limitata (Compie spostamenti frequenti, anche se di breve portata, senza alcuna assistenza)	3
	Molto limitata (Si sposta, ma non riesce a compiere movimenti significativi senza assistenza)	2
	Immobilità Completa (incapace del minimo movimento senza assistenza)	1
Nutrizione	Eccellente (mangia la maggior parte di ogni pasto, quattro o più porzioni giornaliere di cibi proteici, fa spuntini durante il giorno e non necessita di supplementi)	4
	Adeguata (Mangia più della metà di ogni pasto, circa quattro porzioni di cibi proteici al giorno. Occasionalmente	3

	rifiuta un pasto, ma accetta supplementi, oppure è sostenuto da una adeguata dieta liquida.)	
	Probabilmente Inadeguata (Non mangia quasi mai un pasto completo, di solito non più di metà del cibo offerto. Non riceve più di tre porzioni di cibi proteici al giorno. Accetta supplementi alla dieta solo occasionalmente. In alternativa, riceve una dieta liquida o parenterale inadeguata.	2
	Inadeguata (Non mangia mai un pasto completo, al massimo non più di 1/3 del cibo offerto, non più di due porzioni di cibi proteici al giorno. Riceve pochi liquidi. Non accetta supplementi liquidi alla dieta. In alternativa, è sostenuto per via endovenosa da più di cinque giorni.)	1
Frizione e Taglio	Nessun problema apparente (Si muove indipendentemente nel letto e sulla sedia ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante il movimento. Mantiene sempre una posizione corretta a letto o sulla sedia.)	3
	Possibili problemi (Si muove debolmente o abbisogna di qualche assistenza. Durante il movimento, probabilmente la pelle sfrega contro lenzuoli, sedia o altro. Di solito mantiene una buona posizione in sedia o a letto, ma occasionalmente scivola giù)	2
	Problemi (Necessita di assistenza da moderata a totale per muoversi. Impossibile sollevarlo senza sfregare contro lenzuoli o altro. Scivola spesso in basso a letto o su sedia, richiedendo frequenti riposizionamenti con massima assistenza. Movimenti spastici, contratture o agitazione portano ad una frizione pressochè costante.	1

Totale punteggio = _____

Setting del paziente	A rischio
Acuto	≤ 16
Anziani e al domicilio	≤ 18

N.B. Valutare eventuale presenza di altri fattori di rischio (età avanzata, P.A. diastolica < 60 mmHg, febbre, instabilità emodinamica, stato di coscienza, durata intervento chirurgico...)

SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente		
Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente; possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. <i>Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.</i>		
	SI'	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - 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

PIANO EDUCATIVO / ADDESTRAMENTO

U.O. _____

Sig./Sig.ra _____ Età _____

Famigliari/ persone significative coinvolte _____

Piano educativo:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Piano di addestramento:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO

U.O. _____

Sig./Sig.ra _____ Età _____

Data di ingresso _____ Data di dimissione _____

Dati di interesse infermieristico riferiti ai Modelli funzionali di salute:

- PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

- NUTRIZIONE – METABOLISMO

- ELIMINAZIONE

- ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

- RIPOSO – SONNO

- COGNITIVO – PERCETTIVO

- PERCEZIONE DI SE’

- RUOLO E RELAZIONI

- COPING – TOLLERANZA ALLO STRESS

- VALORI – CONVINZIONI

Altre osservazioni:

Data di compilazione: _____

Firma: _____

NOME _____ COGNOME _____ N° LETTO _____

Tipizzato/a il _____

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

Nome _____ Cognome _____ N° letto _____

[illegible]

TERAPIA INTRAMUSCOLARE/SOTTOCUTANEA

[illegible]

Nome _____ Cognome _____ N° letto _____

[illegible]**VARIE**[illegible]

SCHEDA DI SORVEGLIANZA

Data											
Giorni degenza											
40'											
39'											
38'											
37'											
36'											
P.A.											
p.a.p.											
F.C.											
F.R.											
SpO2											
L/m'											
Dolore											
Evacuazioni											
Diuresi											
S.N.G.											
Drenaggio											
P.V.C.											

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ² E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

² Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ³ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

³ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ⁴ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

⁴ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ⁵ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

⁵ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ⁶ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

⁶ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ⁷ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

⁷ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE ⁸ E PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	CRITERIO D'ESITO OBIETTIVO	INTERVENTI	VALUTAZIONE/ INDICATORI

⁸ Riportare sempre: titolo, fattori correlati e caratteristiche definenti