

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Grado di soddisfacimento attività di vita quotidiane (alimentazione, vestizione, igiene, movimento):**

Piena autonomia       Bisogno di aiuto       Completamente dipendente

<b>1) ALIMENTAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Nutrizione Parenterale</b> <input type="checkbox"/> <b>Catetere Venoso Centrale</b> Tipo _____ Data posizionamento ___/___/___ Medicato ___/___/___ <input type="checkbox"/> <b>Nutrizione Enterale</b> <input type="checkbox"/> con sondino naso gastrico <input type="checkbox"/> con pompa <input type="checkbox"/> a caduta <input type="checkbox"/> <b>PEG</b> Posizionata il ___/___/___ Cambio previsto il ___/___/___ <b>NOTE:</b> _____	
<b>2) ALVO E DIURESIS</b>	
<b>Apparato intestinale:</b> <input type="checkbox"/> continente <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> portatore di ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia Tipo di sacca _____ <b>Apparato urinario:</b> <input type="checkbox"/> continente <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> uso di pannoloni <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> silicone <input type="checkbox"/> lattice <input type="checkbox"/> n° ___ data di inserimento ___/___/___ <input type="checkbox"/> portatore di urostomia /nefrostomia <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> bilaterale Tipo di sacca _____	
<b>3) CUTE</b>	
<input type="checkbox"/> Lesioni <input type="checkbox"/> Vascolari <input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> Altro _____ Ulcera da pressione (UdP) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI se Si, indicare: Valore Braden _____  Sede _____  Grado e dimensioni : <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° Aspetto ulcera: detersa <input type="checkbox"/> fibrina <input type="checkbox"/> essudato <input type="checkbox"/> necrosi <input type="checkbox"/> infetta <input type="checkbox"/> Tipologia di Medicazioni _____	
<b>4) UDITO</b>	<b>5) VISTA</b>
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ipoacusia <input type="checkbox"/> Portatore Protesi	<input type="checkbox"/> Normovedente <input type="checkbox"/> Ipovedente <input type="checkbox"/> Non vedente
<b>6) MOBILIZZAZIONE</b>	<b>7) DOLORE</b>
<input type="checkbox"/> Emiparesi dx <input type="checkbox"/> Emiparesi sx <input type="checkbox"/> Paraparesi <input type="checkbox"/> Tetraparesi Ausili prescritti <input type="checkbox"/> SI data ___/___/___ <input type="checkbox"/> NO Riabilitazione durante la degenza ospedaliera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Valore</b> ___ Scala di riferimento: <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> altro _____ <input type="checkbox"/> Catetere epidurale: posizionato il ___/___/___ ultima medicazione: ___/___/___
<b>8) RESPIRAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico Portatore di tracheotomia: <input type="checkbox"/> tipo di cannula _____ <input type="checkbox"/> contro cannula ultimo posizionamento: data ___/___/___ <input type="checkbox"/> SI ventilatore <input type="checkbox"/> NO ventilatore O2 Terapia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Attivato servizio Linde domiciliare per O2 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>9) STATO DI COSCIENZA</b>	<b>10) STATO PSICHICO</b>
<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Ansioso

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma Infermiere \_\_\_\_\_