



D. Infermieristico

SCHEDA DI POSIZIONAMENTO PAZIENTI A RISCHIO ULCERE DA PRESSIONE (UdP)

TA DPIO 02
Rev 0

Struttura Organizzativa _____ Cognome _____ Nome _____ Letto _____

Superficie antidecubito: SI (Se SI mobilizzare il paziente ogni 4 ore) NO (Se NO mobilizzare il paziente ogni 2 ore)

	Ora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	<input type="checkbox"/> Cute integra (I), <input type="checkbox"/> Cute arrossata (A), <input type="checkbox"/> Presenza di lesione (L) Sede:																							
	Firma ***																								

* Posizione: Supina (S), Fianco dx (DX), Fianco sx (SX), Seduto (C), Semiseduto (SC), Seduto con gambe fuori dal letto (CGFL), Seduto in poltrona (CP), Prono (P) ove possibile e/o consigliato

** Ispezione cutanea giornaliera (I.C.G) da eseguire mattino / pomeriggio: Cute integra (I), Cute arrossata (A), Presenza di lesione (L) per la SEDE della lesione vedere figura sulla scheda TA DPIO 01

*** Firma : obbligatoria, in quanto documenta l'avvenuto posizionamento

Data _____ Infermiere Coordinatore _____