

# **CARTELLA INFERMIERISTICA**

**A cura di Sabrina Rossini**

## SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE

DATA DI INGRESSO ..... DATA INIZIO VALUTAZIONE .....

### MODALITÀ' DI RICOVERO:

URGENZA  PROGRAMMATO  TRASFERIMENTO  da .....

Accompagnato/a NO  SI  Specif. ....  
Familiari avvertiti NO  SI  Da chi .....

### DATI PERSONALI

COGNOME ..... NOME ..... F  M  ETA' .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO ..... PROV. ....  
NAZIONALITÀ' ..... LINGUA PARLATA .....

RELIGIONE .....

NUBILE / CELIBE  CONIUGATO/A  DIVORZIATO/A  da .....

VEDOVO/A  da .....

FIGLI N° ..... ETA' .....

PROFESSIONE .....

Per Comunicazioni contattare Sig. .... Tel. ....  
Sig. .... Tel. ....

Cosegna oggetti personali NO  SI   
Specificare: .....



# BISOGNO DI SICUREZZA PSICOLOGICA

**Stato di coscienza:** Presente  Alterato   
*Specificare*

**Memoria:** Presente  Alterato   
*Specificare*

**Orientamento:** Presente  Alterato   
*Specificare*

**Integrità sensoriale:** Presente  Alterato   
*Specificare*

.....  
.....

## Patologia:

### Trattamenti:

*Protesi/Ausili:* No  Si  Tipo

**Dolore:** Assente  Presente   
*Specificare*

**Emozioni:** Stimola  Inibisce   
*Specificare.*

.....  
.....

### Modalità abituali di risposta allo stress:

Parla con persone significative   
Usa oggetti significativi   
Assume Farmaci   
“ Stupefacenti   
“ Alcool   
“ Cibo   
Fuma   
Altro

### Atteggiamento psicologico abituale di fronte a un problema:

Rifiuto   
Accettazione   
Altro

**In questo momento vive una condizione di stress?**    No            Si      
*Specificare.*

**Come si sente attualmente?**  
Fiducioso              
Tranquillo              
Ansioso                  
Altro:  
*Specificare.*

**Persone significative**

**Come vivono le persone significative, la condizione del familiare ospedalizzato**  
.....  
.....  
.....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità )**

.....  
.....  
.....

*Diagnosi infermieristica*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo*

## BISOGNO DI RESPIRARE

**Respiro spontaneo:** Si  No   
Tipo: Toracico   
Addominale

**Ventilazione meccanica:** Si  No   
Tipo:  
Vie di ventilazione: Oro - Tracheale   
Naso Tracheale   
Tracheostomia

**Caratteri del respiro:** Frequenza:  
Ritmo:  
Ampiezza:

**Altri parametri:** Rumori respiratori  
Frequenza cardiaca  
Pressione arteriosa  
Temperatura corporea

**Tosse:** Assente  Presente   
Tipo Secca  Produttiva

**Espettorato:** No  Si   
Quantità  
Colore  
Odore  
Presenza di

**Cute - Colorito:** Roseo  Pallido  Cianotico  Itterico   
Altro

**Mucose - Colorito:** Roseo  Pallido  Cianotico   
Altro

**Unghie - Colorito:** Roseo  Cianotico   
Altro

Aspetto: .....

**Patologia:**

**Trattamenti:**

**Dolore:** Assente  Presente

Caratteri .....

**Fattori che influenzano la respirazione**

Posizione: Indifferente  Obbligata   
Attiva  Passiva

*Specificare:* .....

**Attività fisiche che provocano difficoltà respiratoria:**

.....  
.....

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare:* .....

**Abitudini personali:**

Fuma: No  Si  Tipo:  
Quantità giornaliera:  
Da quanto tempo:  
Numero Conviventi Fumatori:  
Dove fuma abitualmente: Casa  Lavoro

Altro .....

**Attività lavorativa:**

Tipo di lavoro  
Anni di attività  
Presenza di fumatori: Si  No

**Presenza di fattori inquinanti nella zona di residenza:** No  Si

*Specificare:* .....

**Consapevolezza dei fattori di rischio:** Si  No

*Specificare:* .....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:** Si  No

*Specificare:* .....

## BISOGNO DI ALIMENTARSI E BERE

### Stato nutrizionale:

Peso ..... Altezza .....

**Cute:** Idratata  Oleosa  Altro .....

*Specificare:* .....

**Mucose:** Idratate  Secche  Altro .....

*Specificare* .....

**Spessore del tessuto adiposo:** Fisiologico  Aumentato  Ridotto

*Specificare* .....

**Distribuzione del tessuto adiposo:** Fisiologico  Alterato

*Specificare* .....

**Muscolo:** Trofico  Ipotrofico  Ipertrofico

*Specificare* .....

### Vie di alimentazione

Orale

Enterale

Parenterale

Tipo .....

Tipo .....

**Masticazione:** Normale  Alterata

*Specificare* .....

**Deglutizione:** Normale  Alterata

Sintomi riferiti .....

**Digestione:** Normale  Alterata

Sintomi riferiti .....



**Abitudini personali**

Numero dei pasti ..... Orario .....  
Tipo di alimenti assunti:  
Colazione: .....  
.....  
Pranzo: .....  
.....  
Cena: .....  
.....  
Spuntini: .....  
.....  
Cibi non graditi: .....  
.....  
Tipo di bevande assunte: .....  
.....  
Assunzione alcool : .....

**Attività fisica:**

Lavoro: .....  
Sport: .....  
Altro: .....

**Patologie:** .....

**Trattamento:** .....

**Dolore:** Assente  Presente   
Caratteri: .....

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare* .....  
.....

**Consapevolezza dei fattori di rischio:** No  Si

*Specificare* .....  
.....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:** No  Si

*Specificare* .....  
.....

**Altri dati rilevati** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

# BISOGNO DI ELIMINARE

## VIA INTESTINALE

**Defecazione:** Regolare  Irregolare

*Specificare* .....

Frequenza abituale: .....

Ultima evacuazione: .....

**Caratteri delle feci:** Quantità: .....

**Stomia:** Assente  Presente  Tipo

.....

Permanente  Temporanea

**Patologia:** .....

**Trattamenti:**

.....

**Dolore:** Assente  Presente

Caratteri .....

.....

**Postura:** Indifferente  Obbligata

Attiva  Passiva

*Specificare* .....

.....

.....

## Alimentazione e Idratazione:

Alimenti e bevande assunti abitualmente .....

.....

.....

.....

**Attività fisica:** Presente  Ridotta

*Specificare* .....

## Abitudini personali:

Orario: .....

Ambiente: .....

Farmaci: .....

Altro: .....

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare* .....

.....

## VIA URINARIA

**Caratteri delle urine:**   Quantità: .....  
                                  Colore: .....  
                                  Odore: .....  
                                  Aspetto: .....  
                                  Peso specifico: .....  
                                  Presenza di .....

**Minzione:**    Frequenza .....  
                  Regolare          Irregolare     
  
                  *Specificare* .....

**Catetere:**       No          Si          Tipo  
.....  
                                                                                                  Sede .....  
                                                                                                  posizionato da gg. ....

**Stomia:**        No          Si          Tipo  
.....

**Patologia:** .....

**Trattamento:**  
.....

**Dolore:**        Assente          Presente     
                  Caratteri .....

**Emozioni:**    Stimola          Inibisce     
  
                  *Specificare* .....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:** No      Si     
  
                  *Specificare* .....  
.....

**Altri dati rilevati** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

.....

.....

.....

.....

.....

*Diagnosi infermieristica:*.....

.....

.....

.....

*Problema collaborativo:*.....

.....

.....

.....

## BISOGNO DI RIPOSARE E DORMIRE

### SONNO:

Ore di sonno: .....

#### Carattere del sonno:

Addormentamento: Naturale Si  No

*Specificare* .....

Risveglio: Naturale: Si  No

*Specificare* .....

#### Tipo del sonno:

Continuo Si  No   
Profondo Si  No

*Specificare* .....

#### Condizione al risveglio:

Riposato Si  No

*Specificare* .....

#### Sonnambulismo:

Si  No

#### Posizione:

Indifferente  Attiva   
Obbligata  Passiva

**Abitudini personali:** .....

**Esigenze particolari:** .....

#### Influenze dell'ambiente:

Stimola  Inibisce

*Specificare* indifferente

#### Patologia:

#### Trattamento:

Dolore: Presente  Assente

Caratteri .....

#### Emozioni:

Stimola  Inibisce

*Specificare* .....

#### Consapevolezza dei comportamenti a rischio:

Si  No

*Specificare*

**Altri dati rilevati** .....

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)** .....

.....  
.....

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# BISOGNO DI COMUNICARE E CONOSCERE

Età: .....

Stato di coscienza: Presente  Alterato

*Specificare* .....

|                      |                 |          |                          |          |                          |
|----------------------|-----------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Memoria:</b>      | a breve termine | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |
|                      | a lungo termine | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |
| <b>Orientamento:</b> | nel tempo       | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterato | <input type="checkbox"/> |
|                      | nello spazio    | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterato | <input type="checkbox"/> |
|                      | nelle persone   | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterato | <input type="checkbox"/> |
|                      | negli oggetti   | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterato | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

## Integrità sensoriale:

Vista: Presente  Alterata  *Specificare*  
*Protesi/Ausili*: No  Si  Tipo:

Udito: Presente  Alterato  *Specificare*  
*Protesi/Ausili*: No  Si  Tipo:

Tatto: Presente  Alterato  *Specificare*

Gusto: Presente  Alterato  *Specificare*

Olfatto: Presente  Alterato  *Specificare*

## Comunicazione verbale:

Livello d'istruzione V Elementare

Linguaggio: Normale  Alterato  *Specificare* .....  
*Protesi/Ausili*: No  Si  Tipo: .....

Lingua parlata: Italiano

necessità di interprete: No  Si

Vocabolario: Limitato  Vasto

Volume della voce: Alto  Basso

Medio  Variabile

Ritmo della voce: Regolare  Irregolare

Veloce  Lento

Tono della voce: Monotono  Articolato

Altro:

Risponde alle domande in modo: Partecipe  Adeguato

Interessato  Distratto

Altro:



**Comunicazione Non verbale:**

Mimica facciale: *Specificare* .....  
Gestualità: *Specificare* .....  
Postura: *Specificare* .....

**Patologia:**

.....  
.....

**Trattamento:**

.....  
.....

**Dolore:**

Assente  Presente   
Caratteri: Qualità:   
Durata:   
Localizzazione:   
Sede di irradiazione:   
Sintomi associati:   
Fattori scatenanti:   
Fattori inibenti:

**Emozioni:**

Stimola  Inibisce

*Specificare:* .....

**Abitudini personali:**

Dialoga con gli altri: No  Si  di sua iniziativa   
su sollecitazione   
abitualmente   
casualmente

Modalità: Telefona  Scrive  Altro: .....

Altro: .....

Interlocutori abituali:

Interlocutori preferiti:

Interessi particolari:

Approfondisce i suoi interessi attraverso: Libri  Riviste   
Radio  T.V.   
Altro:

**Cosa riferisce la persona di sapere su:**

Motivo del ricovero: .....

Patologia .....

Ospedalizzazione: .....

Indagini diagnostiche: Trattamenti:

Diritti durante l'ospedalizzazione:.

Altro: .....

**Desidera informazioni su:**

Motivo del ricovero

Patologia

Ospedalizzazione

Indagini diagnostiche

Trattamenti

Diritti durante l'ospedalizzazione

Esigenze particolari

.....  
.....

Altri dati rilevati

.....  
.....  
.....

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

.....  
.....  
.....

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## BISOGNO DI MUOVERSI

|               |                    |          |                          |          |                          |
|---------------|--------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Collo:</b> | Flessione Laterale | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Rotazione          | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Estensione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Flessione          | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
| Mobilità:     |                    | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

|                |                    |          |                          |          |                          |
|----------------|--------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Tronco:</b> | Flessione Laterale | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                | Rotazione          | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                | Estensione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                | Flessione          | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
| Mobilità:      |                    | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

|                 |                   |          |                          |          |                          |
|-----------------|-------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Braccia:</b> | Adduzione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                 | Abduzione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                 | Rotazione Interna | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                 | Rotazione Esterna | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                 | Flessione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                 | Iperestensione    | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
| Mobilità:       |                   | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

|                |            |          |                          |          |                          |
|----------------|------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Gomito:</b> | Estensione | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|                | Flessione  | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
| Mobilità:      |            | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

|              |                    |          |                          |          |                          |                    |
|--------------|--------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------|
| <b>Mano:</b> | Capacità Motoria : | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> | <i>Specificare</i> |
|              | Prensione:         | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |                    |

*Specificare* .....

|               |                   |          |                          |          |                          |
|---------------|-------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Gamba:</b> | Adduzione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Abduzione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Rotazione Interna | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Rotazione Esterna | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Flessione         | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
|               | Iperestensione    | Si       | <input type="checkbox"/> | No       | <input type="checkbox"/> |
| Mobilità:     |                   | Presente | <input type="checkbox"/> | Alterata | <input type="checkbox"/> |

*Specificare* .....

**Ginocchia:**

Capacità Motoria: Presente  Alterata

*Specificare* .....

**Piedi :**

Capacità Motoria: Presente  Alterata

*Specificare* .....

Supporti e Ausili                                  No                                   Si   
Tipo

**Abitudini o Esigenze Particolari:**

**Patologia:**

**Trattamento:**

**Dolore:** Assente  Presente   
Caratteri

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare* .....

**Consapevolezza dei fattori a rischio:** Si  No

*Specificare* .....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:** Si  No

*Specificare* .....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....

*Problema collaborativo:*

.....  
.....

## BISOGNO DI MANTENERE LA T° CORPOREA

**Stato di coscienza:** Presente  Alterato   
*Specificare*

**Tc** .....

**Fc** .....

**Cute:** Arrossata  Pallida   
Variazioni locali

Calda  Fredda   
Variazioni locali

Sudata  Asciutta   
Variazioni locali

Presenza di brividi No  Si

### **Abitudini personali:**

Abbigliamento: Idoneo  Non idoneo   
*Specificare*

Applicazioni fredde/calde, Bevande, Alimenti, Coperte, ecc..

*Specificare* .....

### **Microclima:**

Temperatura ambientale

Umidità

Ventilazione

Ambiente domestico:

*Specificare* .....

**Patologia:**

**Trattamento:**

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare* .....

**Consapevolezza dei fattori di rischio:** Si  No

*Specificare* .....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:** Si  No

*Specificare* .....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....  
.....

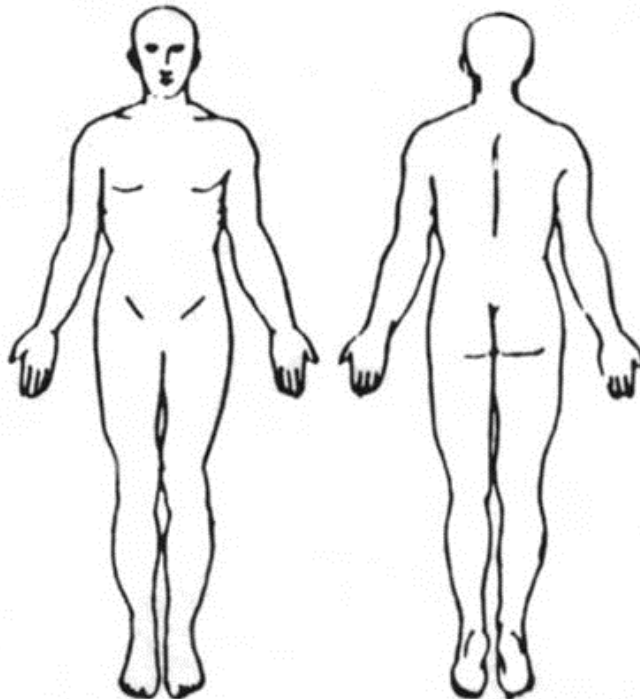
*Problema collaborativo:*

.....  
.....  
.....

## BISOGNO DI MANTENERE L'INTEGRITÀ E L'IGIENE DEI TEGUMENTI

|              |         |                          |      |                          |
|--------------|---------|--------------------------|------|--------------------------|
| <b>Cute:</b> | Integra | <input type="checkbox"/> | Lesa | <input type="checkbox"/> |
| Lesione:     | Tipo:   | 1                        |      |                          |
|              |         | 2                        |      |                          |
|              |         | 3                        |      |                          |
|              |         | 4                        |      |                          |

Sede: (indicare nella figura l'area interessata e il numero corrispondente al tipo di lesione)



|                      |                    |                          |           |                          |          |                          |
|----------------------|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| <b>Tipo di cute:</b> | Normale            | <input type="checkbox"/> | Secca     | <input type="checkbox"/> | Grassa   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Colore:</b>       | Pallida            | <input type="checkbox"/> | Cianotica | <input type="checkbox"/> | Itterica | <input type="checkbox"/> |
|                      | Altro              |                          |           |                          |          |                          |
| <b>Elasticità</b>    | Normale            | <input type="checkbox"/> | Alterata  | <input type="checkbox"/> |          |                          |
|                      | <i>Specificare</i> |                          |           |                          |          |                          |
| <b>Sudorazione</b>   | Presente           | <input type="checkbox"/> | Assente   | <input type="checkbox"/> |          |                          |
|                      | <i>Specificare</i> |                          |           |                          |          |                          |
| <b>Decubito</b>      | Indifferente       | <input type="checkbox"/> | Obbligata | <input type="checkbox"/> |          |                          |
|                      | Attiva             | <input type="checkbox"/> | Passiva   | <input type="checkbox"/> |          |                          |

*Specificare* .....

**Mucose:**

Idratazione: *Specificare*

Colore: *Specificare*

Integrità: *Specificare*

**Annessi Cutanei:** Integri  Lesi

*Specificare* .....

*Protesi/Ausili:* Tipo

**Patologia**

**Trattamenti**

**Dolore:** Assente  Presente

Caratteri .....

**Abitudini personali:**

| IGIENE                                | FREQUENZA |
|---------------------------------------|-----------|
| Corpo: Bagno <input type="checkbox"/> | .....     |
| Doccia <input type="checkbox"/>       | .....     |
| Viso:                                 | .....     |
| Cavo Orale:                           | .....     |
| Mani:                                 | .....     |
| Cavo Ascellare:                       | .....     |
| Capelli:                              | .....     |
| Perineo:                              | .....     |
| Piedi:                                | .....     |

**Prodotti Usati:**

**Uso di Cosmetici**

**Allergie:**

**Abbigliamento:** Adeguato  Inadeguato

*Specificare* .....

**Esigenze particolari**

**Emozioni:** Stimola  Inibisce

*Specificare* .....



**Consapevolezza dei fattori di rischio:**

Si

No

*Specificare* .....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica*

.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo*

.....  
.....  
.....

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:**

Si

No

*Specificare*

.....  
.....  
.....

# BISOGNO DI LAVORO E TEMPO LIBERO

Età: .....

**Attività lavorativa:**

Autonoma

Stabile

Dipendente

Temporanea

Altro:

Ore di lavoro

Orario di lavoro

**Il lavoro svolto è:**

Soddisfacente

Insoddisfacente

*Specificare:* .....

**Il distacco dal lavoro provoca:**

**Rischi legati al lavoro:**

**E' mai stato disoccupato?:**      Si          No   

**La disoccupazione provoca** .....

**Pratica attività nel tempo libero?** .....

**Rischi legati alle attività del tempo libero:**.....

**La mancanza di tempo libero provoca:**.....

**Patologia:** .....

**Trattamento:**.....

**Dolore:**                      Assente                          Presente   

Caratteri

**Emozioni:**                      Stimola                          Inibisce   

*Specificare:* .....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....

*Problema collaborativo:*

.....  
.....

## BISOGNO DI PRATICARE LA PROPRIA RELIGIONE

**Professa una religione? :**

Si  No

Quale:

Ebraica

Cristiana

Islamica

Buddista

Altro: .....

**E' praticante?**

Si  No

**Ha esigenze particolari per la pratica della sua religione?**

Si  No

*Quali*

**Legge testi sacri?**

Si  No

*Quali*

**Ci sono ricorrenze sacre in cui avete esigenze particolari?**

Si  No

*Specificare*

**E' necessario un particolare tipo di ambiente per la preghiera?**

Si  No

*Quale*

**Ci sono giorni in cui vi astenete da alcune attività?**

Si  No

*Specificare*

**Avete esigenze particolari riguardo l'alimentazione?**

Si  No

*Quali .....*

*.....*

**Praticate periodi di digiuno?**

Si  No

*Quando*

**Ci sono pratiche terapeutiche Non ammesse dalla vostra religione?**

Si  No

*Quali*

**Ha bisogno di un aiuto spirituale?**

Si  No

*Che tipo di aiuto*

**Fattori che influenzano la pratica della propria religione:**

Patologia  Dolore  Trattamenti Terapeutici  Emozioni

*Specificare* .....

**PER CHI NON PROFESSA ALCUNA RELIGIONE**

**Ha un valore di riferimento?**

Quale: Giustizia  Libertà  Onestà  Si  No

Altro .....

**Ha bisogno di parlare con qualcuno?**

Con chi: Parenti  Amici  Infermiere  Si  No   
Medico

Altro .....

**Ha bisogno di momenti di raccoglimento spirituale?**

Si  No

*Specificare* .....

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica:*

.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo:*

.....  
.....  
.....

# SESSUALITÀ

Sesso: M  F  Età .....

## DONNA

### Caratteri sessuali:

Organi genitali: Sviluppato  Non sviluppato   
*Specificare*

Seno: Sviluppato  Non sviluppato   
*Specificare*

Peluria: Sviluppata  Non sviluppata   
*Specificare*

### Ciclo mestruale

Menarca (età)

Durata del ciclo (giorni)

Durata del flusso (giorni)

Tipo di flusso: Abbondante  Normale  Scarso

Disturbi riferiti:

Menopausa (età)

Disturbi riferiti: .....

### Gravidanza

Numero dei figli:

Aborti spontanei: n° età

IVG: n° età

Gravidanza: Regolare  Irregolare

Tipo di parto: Eutocico  Distocico  Cesareo

Disturbi riferiti:

## UOMO

### Caratteri sessuali:

Organi genitali: Sviluppato  Non sviluppato   
*Specificare*

Peluria: Sviluppata  Non sviluppata   
*Specificare*

Barba: Sviluppata  Non sviluppata   
*Specificare*

Voce (modificazione) Avvenuta  Non avvenuta   
*Specificare*

**Andropausa (età)**

Disturbi riferiti:

**Patologia:**

**Trattamenti:**

**Emozioni:**

Stimola

*Specificare*

Inibisce

**Fonte di educazione sessuale:**

Amici

Famiglia

Scuola

Riviste

Altro

**Contracezione:**

No

Si

Metodo attuale

Metodi usati in passato

motivo del cambiamento

**Esigenze particolari:**

**Consapevolezza dei fattori di rischio:**

Si

No

*Specificare*

**Consapevolezza dei comportamenti a rischio:**

Si

No

*Specificare*

**Altri dati rilevati**

**SINTESI (problemi, capacità e potenzialità)**

*Diagnosi infermieristica*

.....  
.....  
.....

*Problema collaborativo*

.....  
.....  
.....

## SITUAZIONE ALLA DIMISSIONE

COGNOME ..... NOME .....

DIMESSO/A  DATA .....

TRASFERITO/A  DATA ..... LUOGO .....

DECEDUTO/A  DATA ..... ORA .....

ESCE CONTRO IL PARERE DEI SANITARI  DATA .....

MOTIVO .....

CONDIZIONI GENERALI DELLA PERSONA .....

.....

.....

.....

.....

PROGRAMMA.DI.CURE.INFERMIERISTICHE

.....

.....

.....

.....

.....

NOTE: .....

.....

.....

DATA .....

INFERMIERE RESPONSABILE  
(Firma leggibile)

\_\_\_\_\_

**LISTA DEI PROBLEMI IDENTIFICATI ORDINATI SECONDO CRITERI DI PRIORITÀ'**



## **OBIETTIVO GENERALE**

## **OBIETTIVI INTERMEDI**

---

OBIETTIVO INTERMEDIO

---

---

| PROBLEMA IDENTIFICATIVO | PRINCIPIO SCIENTIFICO | OBIETTIVO SPECIFICO | ATTIVITA' INFERMIERISTICHE | VALUTAZIONE |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|
|                         |                       |                     |                            |             |