DOCUMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Cartella n°	Etichetta adesiva del Gruppo Ematico

GENERALITA'

Cognome …….. …….…… Nome ……..……
…

Nato il ….……..…a …….……...……Cittadinanza……..…..……

Residenza …… Via ……...……

Recapiti Telefonici: Abit.……..……Cellulare …….

Stato civile …… Professione …….

INDIRIZZI UTILI: <u>Persona da avvertire in caso di bisogno</u>

Nome ……..……..…. Grado di parentela …….…… Tel. ……

Nome ……..……..…. Grado di parentela …….…… Tel. ……

Riferimento / Recapito ad Ancona ……..…… Tel. ……

<u>Medico di Medicina Generale</u>: Nome ……..……..…… Tel. ……

Data di Ammissione ……..……Ora …… Diagnosi clinica all'ingresso……

Proveniente da: domicilio altra struttura: …….

Motivo del ricovero ……

Data di Dimissione……..…Ora ….… Domicilio Altra Struttura …….. ……

Trasferimento UO ……..…..…Data …….. ora ….…….

Rientra da UO …….. ……Data ……..… ora …….….

Permessi di Uscita autorizzati

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno…....….. alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

MOD. 1 / A

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti – Ancona

DOCUMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Cartella n°	Gruppo Ematico

GENERALITA'

Cognome …….. ……..…… Nome ……..……
…

Nato il ….……..…a ……..……...……Cittadinanza……..…..……

Residenza …… Via ……...……

Recapiti Telefonici: Abit.……..……Cellulare …….
Stato civile …… Professione …….

INDIRIZZI UTILI: <u>Persona da avvertire in caso di bisogno</u>

Nome ……..……..…. Grado di parentela ……..…… Tel. ……

Nome ……..……..…. Grado di parentela ……..…… Tel. ……

Riferimento / Recapito ad Ancona ……..…… Tel. ……
<u>Medico di Medicina Generale</u>: Nome ……..……..…… Tel. ……....

Data di Ammissione ……..……Ora …… Diagnosi clinica all'ingresso……

Proveniente da: domicilio altra struttura: …….

Motivo del ricovero ……

Data di Dimissione……..…Ora ….… Domicilio Altra Struttura …….. ……

Trasferimento UO ……..…..…Data …….. ora ….……

Rientra da UO …….. ……Data ……..… ora ……..….

Permessi di Uscita autorizzati

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno…....….. alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

Esce il giorno ……alle ore ……..…..Rientra il giorno……... alle ore ……..….

MOD.17A

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti - Ancona

ANAMNESI INFERMIERISTICA

Altezza cm …… Peso all'ingresso …… Peso alla dimissione ……

ALIMENTAZIONE:

Intolleranze alimentari: NO - SI quali ……..…..……...

Dieta seguita per patologie precedenti questo ricovero: NO - SI quale …….....

SI ALIMENTA

Ingresso: Completo - Parziale - C. Morbidi - Solo liquidi - Non si alimenta - NPT - NET

Dimissione Completo - Parziale - C. Morbidi - Solo liquidi - Non si alimenta - NPT - NET

GRADO DI AUTONOMIA PER ALIMENTARSI

Ingresso - Dimissione	*Ingresso - Dimissione*	*Ingresso - Dimissione*	
Mangia da solo/a	Con aiuto	Incapace	Mano dominante ……

ELIMINAZIONE VESCICALE	ELIMINAZIONE INTESTINALE	APPARATO GASTRICO	TRASPIRAZIONE
Ingresso Dimissione	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*
Regolare	Regolare	Nausea	Regolare
Incontinenza	Stitico	Vomito	Profusa
Catetere vescicale	Diarroico	Sondino gastrico	Notturna
Dializzato	Incontinente	…….…..	……..…
…….……	…….……	…….	…….

CUTE	MUCOSA ORALE	IGIENE PERSONALE	VESTIRSI / SPOGLIARSI
Ingresso Dimissione	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*
Integra	Integra	Si lava da solo/a	Si veste da solo/a
Arrossata e irritata	Arrossata	Con aiuto	Con aiuto
In radioterapia	Ulcere		Cura la propria immagine
Lesioni da compressione	Ulcere sanguinanti	……	Si – No Si - No
……..……	Protesi presente	……	

DOLORE	MOBILITA'	DIPENDENZA
Ingresso Dimissione	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*
Assente	**Immobilità completa**	Totalmente dipendente
Lieve	Allettato	Semi - dipendente
Forte	Allettato / Poltrona	Descrivi per quali attività ……
Sede del dolore: ……	**Limitata**	…….……
……	per presenza di (handicap) ……	……..……
……	……..……..……	……..……
……..……..	Ausilio di ……...……	Indipendente
Necessita di antidolorifici	**Nessuna limitazione**	

VISSUTO DELLA MALATTIA	IL PAZIENTE SI PRESENTA	FAMILIARI PRESENTI
Ingresso Dimissione	*Ingresso Dimissione*	*Ingresso Dimissione*
Sa della malattia	Calmo	SI
Sa, ma non ne vuole parlare	Ansioso	NO
Non sa	Ostile	In grado di collaborare
Disponibile al colloquio	……	……..……

PRATICARE LA PROPRIA RELIGIONE

Bisogni da soddisfare: NO / se SI quali: ……

PATOLOGIE CONCOMITANTI che possono interferire con l'attuale ricovero

Se presenti, quali ……..……

Data presa in cura……...….Infermiere……...	Data fine cura……. Infermiere……

MOD 1 / B

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti - Ancona

Cognome Nome _____

PROGRAMMA DIAGNOSTICO

Data di prenotazione	Esame, Consulenza, Indagine strumentale	Confermato per		Serve il Digiuno	Eseguito In data	Altre note
		giorno	ora			

PROGRAMMA ASSISTENZIALE

Data di prescrizione	Monitoraggio, Dieta, Altro	Da eseguire		Avvisare il medico in caso di:…..	Altre note
		dal	al		

MOD.2/A

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti - Ancona

Cognome Nome ____

TERAPIA ESTEMPORANEA

Data	Ora	MOTIVO	FARMACO, dosaggio	Prescritta dal Dottor	Eseguita Infermiere	Verifica di Efficacia del farmaco

MOD.2/B

TERAPIA

Sig.

Data: dal **al**

ENDOVENOSA	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

CICLO CHT vedi schema: Registrare solo Inizio, segue, termine (|- > > Stop)	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

INFUSIVA	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

NPT / NPP ml		In h	

EMOCOMPONENTI	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

ORALE	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

S.C. / I.M. / TRANSDERMICA	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

VARIA	15	16	17	18	19	20	21	22	**24**	2	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

TERAPIA ESTEMPORANEA

Prescritta Dott.	**Somministrato dagli infermieri**		
	Pom.	Notte	Mattino

GESTIONE CATETERE VENOSO

Cognome Nome ……...…….

CATETERE VENOSO PERIFERICO				
Data	Catetere impiegato	Sede / Vena	Rimosso	Motivo

CATETERE VENOSO CENTRALE					
Data Posizionamento	C.V.C impiegato	Vena	Luogo		
			S.O	REP.	D.H.
Primo posizionamento	Sostituzione su filo guida	Precedenti CVC posizionati No Si			
Complicane o altro da segnalare:					
Data Rimozione	Motivo	Es.colturale punta	Esito inquinamento		
		SI - NO			

CATETERE VENOSO CENTRALE					
Data Posizionamento	C.V.C impiegato	Vena	Luogo		
			S.O	REP.	D.H.
Primo posizionamento	Sostituzione su filo guida	Precedenti CVC posizionati No Si			
Complicane o altro da segnalare:					
Data Rimozione	Motivo	Es.colturale punta	Esito inquinamento		
		SI - NO			

CATETERE VENOSO CENTRALE					
Data Posizionamento	C.V.C impiegato	Vena	Luogo		
			S.O	REP.	D.H.
Primo posizionamento	Sostituzione su filo guida	Precedenti CVC posizionati No Si			
Complicane o altro da segnalare:					
Data Rimozione	Motivo	Es.colturale punta	Esito inquinamento		
		SI - NO			

GESTIONE CATETERE VENOSO

Cognome Nome ….. ….……..……

Data / Ora	Ispezione	Medicazione	Sostituzione Linea	Altri Interventi	Firma
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	
	Negativa -Positiva Dolore Eritema Tumefazione Pus Sangue	Ordinaria. - Straordinaria Poliuret. - Garza/Cerotto Pov.Jodio - Clorexidina Tamp.cultur. sito inserz.	24/h. per NPT 72/h. Straordinaria Ago Huber	Disostr.: Eparina Ukidan ATB.Lock - Ripos. punti Pomata nel sito inserzione: Pov. Jodio / …….	

MOD.5/B

ESAMI DI LABORATORIO EMATICI / BIOCHIMICI

Cognome Nome ……...……...….. nato/a il ……N°

PRESCRITTO DAL DOTT.														
DA ESEGUIRE IL GIORNO														
ORA														
Emocromo														
Elettroliti														
Creatinina														
Glucosio														
Urea														
Acido Urico														
Biliribina Tot. e Fraz.														
AST / ALT														
Gamma GT														
Fosfatasi Alcalina														
LDH														
PT														
PTT														
Fibrinogeno														
D – Dimeri														
AT III														
VES														
Proteine Totali														
Protidogramma														
Albumina														
PCR														
Es. Urine														
EMOGRUPPO (seg. 1° - 2°)														
Monitor. MICROBIOLOGICO														
Ag. Ac. Aspergillo														
Ag. Ac. Candida														
EMOCOLTURE														
Markers HBV - HCV														
Sierol. CMV– EBV – HZV - HSV														
Sierol. HIV														
Ciclosporinemia														
PP 65														
ESEGUITO DA Infermiere														

Mod 6/A

Azienda Ospedaliera "Umberto I°"- Ancona ***CLINICA DI EMATOLOGIA*** Università degli Studi di Ancona

ESAMI DI LABORATORIO EMATICI / BIOCHIMICI

Cognome Nome ……..……...….. nato/a il ……N° labor……

PRESCRITTO DAL DOTT.														
DA ESEGUIRE IL GIORNO														
ORA														
Emocromo														
Elettroliti														
Creatinina														
Glucosio														
Urea														
Acido Urico														
Biliribina Tot. e Fraz.														
AST / ALT														
Gamma GT														
Fosfatasi Alcalina														
LDH														
PT														
PTT														
Fibrinogeno														
D – Dimeri														
AT III														
VES														
Proteine Totali														
Protidogramma														
Albumina														
PCR														
Es. Urine														
EMOGRUPPO (seg. 1° - 2°)														
Monitor. MICROBIOLOGICO														
Ag. Ac. Aspergillo														
Ag. Ac. Candida														
EMOCOLTURE														
Markers HBV - HCV														
Sierol. CMV– EBV – HZV - HSV														
Sierol. HIV														
Ciclosporinemia														
PP 65														
ESEGUITO DA Infermiere														

Mod 6/B

Azienda Ospedaliera "Umberto I°"- Ancona ***CLINICA DI EMATOLOGIA*** Università degli Studi di Ancona

ESAMI COLTURALI ESEGUITI

Cognome Nome ……..……...….. nato/a il ……N° labor……
…

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del……..……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

ESAMI COLTURALI ESEGUITI

Cognome Nome ……..……...….. nato/a il ……N° labor……
…

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

Prelievo del…….……Ora ……

Motivo: ……

- ❑ EMOCOLTURA DA CVC (1°) - (2°)
- ❑ EMOCOLTURA DA CVP (1°)
- ❑ EMOCOLTURA DA VENA PERIF. (1°) - (2°)
- ❑ Ac e Ag ASPERGILLO E CANDIDA
- ❑ URINOCOLTURA
- ❑ COPROCOLTURA
- ❑ ESPETTORATO
- ❑ TOSSINA CLOSTRIDIUM DIFFICILIS
- ❑ EMERGENZA CUTANEA CVC
- ❑ …….
- ❑ …….
- ❑ …….

Firma infermiere …….

MONITORAGGIO / OSSERVAZIONE

Cognome Nome ….. ….……Data ……

		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
TEMPERATURA °C	41°																								
	40°																								
	39°																								
	38°																								
	37°																								
	36°																								
PARAMETRI	PESO																								
	P.A.																								
	P.V.C.																								
	F.C.																								
	S.a. O2 %																								
	F.R.																								
	Glicemia / DxT																								
	Glicosuria																								
ELIMINAZIONE	Diuresi																								
	Catetere vescicale																	**Totale 24/h.:**							
	Alvo																								
	Diarrea																								
	Vomito																								
	Ristagno Gastrico																								
	Sudorazione																								
	Mestruo																								
ALIMENTI	DIGIUNO A:													PER:											
	Si alimenta	*Completo - Parziale - Assume solo liquidi - Non si alimenta*																							
	Dieta	*Morbida - NPT - NPP - Riposo Enterale - Altro*																							
	Nausea	*Assente Presente*								*Assente Presente*								*Assente Presente*							
TEGUMENTI	Mucosa orale: dolore	*Assente - Lieve - Forte - Necessita di antidolorifici*																							
	Mucosa orale:aspetto	*Integra - Arrossata - Tumefatta - Ulcere - Ulcere sanguinanti*																							
	Cute / L. da Dec.	*Integra - Arrossata - Lesione : descrizione:*																							
AUTONOM.	Indipendente																								
	Semi Dipendente																								
	Tot. Dipendente																								
	MOBILIZZAZIONE																								
IGIENE	Totale			*Educazione*								*Educazione*								*Educazione*					
	Parziale			*Collaborazione*								*Collaborazione*								*Collaborazione*					
	Cura della bocca			*Esecuzione*								*Esecuzione*								*Esecuzione*					
Firma Infermiere																									

MOD.8/B

MONITORAGGIO / OSSERVAZIONE

Cognome Nome ….. …..……Data ……
……

		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
TEMPERATURA °C	41°																								
	40°																								
	39°																								
	38°																								
	37°																								
	36°																								
PARAMETRI	PESO																								
	P.A.																								
	P.V.C.																								
	F.C.																								
	S.a. O2 %																								
	F.R.																								
	Glicemia / DxT																								
	Glicosuria																								
ELIMINAZIONE	Diuresi																								
	Catetere vescicale																	**Totale 24/h.:**							
	Alvo																								
	Diarrea																								
	Vomito																								
	Ristagno Gastrico																								
	Sudorazione																								
	Mestruo																								
ALIMENTI	DIGIUNO A:													PER:											
	Si alimenta	*Completo - Parziale - Assume solo liquidi - Non si alimenta*																							
	Dieta	*Morbida - NPT - NPP - Riposo Enterale - Altro*																							
	Nausea	*Assente Presente*								*Assente Presente*								*Assente Presente*							
TEGUMENTI	Mucosa orale: dolore	*Assente - Lieve - Forte - Necessita di antidolorifici*																							
	Mucosa orale:aspetto	*Integra - Arrossata - Tumefatta - Ulcere - Ulcere sanguinanti*																							
	Cute / L. da Dec.	*Integra - Arrossata - Lesione : descrizione:*																							
AUTONOM.	Indipendente																								
	Semi Dipendente																								
	Tot. Dipendente																								
	MOBILIZZAZIONE																								
IGIENE	Totale			*Educazione*								*Educazione*								*Educazione*					
	Parziale			*Collaborazione*								*Collaborazione*								*Collaborazione*					
	Cura della bocca			*Esecuzione*								*Esecuzione*								*Esecuzione*					
Firma Infermiere																									

Mod 8/B

MONITORAGGIO INTENSIVO

Cognome Nome ……..…….

DATA	ORA	T C°	P.A.	F.C.	PVC	Sa O2	F.R.	PESO	DIURESI	STIK GLICEM.		Firma

Mod 8. 1- Intens. / A

MONITORAGGIO INTENSIVO

Cognome Nome ……..…….

DATA	ORA	T C°	P.A.	F.C.	PVC	Sa O2	F.R.	PESO	DIURESI	STIK GLICEM.		Firma

Mod 8. 1 – Intens. / A

BILANCIO IDRICO

Cognome Nome ……..…….

DATA		6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	**TOTALE**
ENTRATE	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Varie				
	Totale	+	+	+	+
USCITE	Urine				
	Feci				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio				
	Febbre				
	Varie				
	Totale	-	-	-	-
BILANCIO DELLE 24 ORE					+ / -

DATA		6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	**TOTALE**
ENTRATE	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Varie				
	Totale	+	+	+	+
USCITE	Urine				
	Feci				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio				
	Febbre				
	Varie				
	Totale	-	-	-	-
BILANCIO DELLE 24 ORE					+ / -

Valori orientativi di riferimento:
Perspiratio normale = 10 ml / Kg / 24 ore - Febbre >38°C = 100 ml / h - Alvo = 200 cc per ogni evacuazione normale

Mod. 8. 2 - Bilan. / B

BILANCIO IDRICO

Cognome Nome ……...…….

DATA		6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	**TOTALE**
ENTRATE	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Varie				
	Totale	+	+	+	+
USCITE	Urine				
	Feci				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio				
	Febbre				
	Varie				
	Totale	-	-	-	-
BILANCIO DELLE 24 ORE					+ / -

DATA		6.00 - 14.00	14.00 – 22.00	22.00 – 6.00	**TOTALE**
ENTRATE	Infusioni				
	Diluizioni per farmaci				
	N.P.T. / N.P.P.				
	Sangue / Emoderivati				
	Fluidi per os.				
	Varie				
	Totale	+	+	+	+
USCITE	Urine				
	Feci				
	Vomito / Ristagno gastrico				
	Perspiratio				
	Febbre				
	Varie				
	Totale	-	-	-	-
BILANCIO DELLE 24 ORE					+ / -

Valori orientativi di riferimento:
Perspiratio normale = 10 ml / Kg / 24 ore - Febbre >38°C = 100 ml / h - Alvo = 200 cc per ogni evacuazione normale

MONITORAGGIO EVACUAZIONI

Cognome Nome ……...…….

DATA	ORARIO	FECI SOLIDE	FECI CREMOSE	FECI LIQUIDE

Mod. 8. 3 – Evaq. / A

MONITORAGGIO EVACUAZIONI

Cognome Nome ……..…….

DATA	ORARIO	FECI SOLIDE	FECI CREMOSE	FECI LIQUIDE

Mod. 8. 3 - Evaq. / B

DIARIO INFERMIERISTICO **Foglio n.** ....

Cognome Nome ………………………..…………………………………………...…

Data / / Ora	Nella descrizione seguire lo schema: Problema – Interventi – Verifica – Consegna	**Firma** Infermiere

Mod. 9 / A

DIARIO INFERMIERISTICO **Foglio n.** ....

Cognome Nome ……………………….……………………………………………..…

Data / / Ora	Nella descrizione seguire lo schema: Problema – Interventi – Verifica – Consegna	**Firma** Infermiere

Mod. 9 / B

FISIOKINESITERAPIA **Foglio n.** ....

Sentire Pennacchioni

Cognome Nome ………………………..……………………………………….…..…

Data / / Ora		**Firma** Terapista

FISIOKINESITERAPIA **Foglio n.** .....

Cognome Nome ……..……..…

Data / / Ora		**Firma** Terapista

SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE

Data di dimissione ……Sig. ……

Rapporti con la famiglia: vive solo ❑ - familiari presenti ❑ avvisati telefonicamente ❑
richiesta ambulanza ❑ concordato per le ore _____

Materiale restituito: document. clinica ❑ - effetti personali ❑ Firma per ricevuta _____

Grado di dipendenza alla dimissione:
Indipendente ❑ - Semidipentente per:_____ ❑ - Totalmente dipendente ❑

Mobilizzazione: cammina da solo ❑ - con aiuto ❑ - riesce a stare in poltrona ❑ - allettato ❑

Lesioni da compressione presenti: NO ❑- SI ❑sede _____ grado_____
Trattare con _____

Eliminazione Urinaria: Normale ❑ - Presenza di Condom ❑ - Pannolone ❑ Altro _____
Catetere vescicale NO ❑ - SI ❑: Tipo _____Diametro_____Posizionato il _____
Sacca di drenaggio urine sterile posizionata il _____
Eliminazione Intestinale: Normale ❑ Problem_____
Alimentazione: Libera ❑ - Dieta ❑ _____ fornito schema alimentare ❑

Catetere Venoso: Periferico ❑: tipo _____posizionato il _____
Catetere Venoso Centrale ❑: tipo _____ posizionato il _____medicare ogni _____gg

Altro_____
_____
_____

SCHEMA TERAPEUTICO SUGGERITO

Per facilitare l'assunzione dei farmaci prescritti Le consigliamo di seguire il seguente pro-memoria, che farà controllare al Suo Medico curante.

Farmaco	Dose	Via	Orario				Dal giorno	Al giorno

Sono state fornite informazioni circa le modalità di assunzione dei farmaci: paziente ❑ familiare ❑
Forniti farmaci per gg ___ Consegnata guida informativa e fornite informazione per le cure a domicilio
Firma Infermiere …….

SCHEDA DI TRASFERIMENTO

Data _____Cognome e Nome _____

Trasferimento: altra U.O.Az. "Umberto I" (specificare) _____

❑ altro Ospedale_____ c/o U.O. _____

❑ ADI _____ ❑ altra istituzione _____

Rapporti telefonici intercorsi con _____

Rapporti con la famiglia: vive solo ❑ - familiari presenti ❑ avvisati telefonicamente ❑
Richiesta ambulanza ❑ – concordato per le ore _____

Materiale restituito: ❑ documentazione ❑ effetti personali / firma ricev _____

Dipendenza alla dimissione: ❑ autosufficiente ❑ parz. autosuff ❑ non autosuff

Mobilizzazione: cammina: ❑ da solo ❑ con aiuto ❑ riesce a stare in poltrona

❑ allettato: ❑ pericolo di cadute accidentali_____ ❑ necessita di misure di prevenzione delle L.D.C.
Trattamento F.K.T. in corso : si ❑ no ❑

Lesioni da compressione: ❑ presenti all'ingresso ❑ durante il ricovero ❑ guarigione

❑ presente alla dimissione: Sede_____ grado_____
Sede_____ grado_____Sede_____ grado_____

Le lesioni sono state trattate con: ❑ materasso antidecubito ❑ archetto alza coperte ❑ mobilizzazione

Fisiol. ❑ - Ringer lattato - Perossido di ossigeno ❑ - Antibiotico ❑_____ - Pomata _____❑

Medicazione con: alginati ❑ - poliuretano ❑ - idrocolloidi ❑ - idrogel - ❑ - fibrinolitici ❑

Frequenza medicazioni: giornaliera ❑ - settimanale ❑ - altro _____

Altre ferite, sede: _____ trattate con_____
continua il trattamento con_____

Eliminazione:

Catetere vescicale: ❑ all'ingresso ❑ al ricovero ❑ alla dimissione

tipo _____ diametro ch._____ data ultimo posizionam_____

da segnalare

_____

è in grado di gestire il catetere: ❑ il paziente ❑ la famiglia ❑

_____

Condom ❑ all'ingresso ❑ al ricovero ❑ alla dimissione

Pannolone ❑ all'ingresso ❑ al ricovero ❑ alla dimissione

Stomia ❑ all'ingresso ❑ al ricovero ❑ alla dimissione

Gestione stomia: materiale_____ metodo _____

Alimentazione: ❑ libera ❑ dieta_____❑ fornito schema alimen

Catetere Venoso

❑ *Centrale*_ -sede _____ tipo_____ posiz. Il_____

❑ da medicare ogni _____ ❑ in D.H. ❑ dagli I.P. del domicilio

prodotti_____ eparinare: ❑ NO ❑ SI

❑ *Periferico* -sede _____ data ultimo posizionamento _____

Respirazione

❑ O2 terapia _____ ❑ altro _____

Terapia

È in grado di gestire la terapia: ❑ il paziente ❑ la famiglia

❑ fornito schema terapeutico ❑ forniti farmaci per giorni ……..

Altre comunicazioni

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Infermiere _____

Mod. 12/ B

PROGRAMMA TERAPEUTICO GIORNALIERO

Sig. **Data**

ENDOVENOSA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6

INFUSIVA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6

NPT / NPP	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6
Ml in ore																				

ORALE	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6

S.C. / I.M. / TRANSDERMICA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6

VARIA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	2	4	6

Somministrata Infermiere			

Mod. 13: Consegne terapia da allegare alla scheda di trasferimento