|  |  |
| --- | --- |
| **Sede di Rimini** | Università degli Studi di BolognaScuola di Medicina e ChirurgiaCampus di RiminiCorso di Laurea in Infermieristica |

**CASO CLINICO E PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA**

**cognome e nome Studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**data di consegna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(validità 1 anno solare)\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Descrizione del caso clinico** |
| **Cognome e nome età (in anni )  M  F****U.O. Data e ora** **Tipo di Ricovero:** programmato  urgente  trasferimento  da\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Modalità di arrivo:** deambulante  in carrozzina in barella **Diagnosi medica di ingresso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |

**Nota bene: Prima della compilazione leggere istruzioni OPERATIVE per costruzione caso clinico , scheda accertamento e pianificazione**

**MANDATO 1**

* Compilare il seguente schema, e alla fine indicare i riferimenti bibliografici consultati (esempio: linee guida, testi, pubblicazioni ecc.)

**Rispetto alla condizione/problema di salute prevalente della persona assistita descritta nel caso identificare:**

***Diagnosi medica/condizione:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Definizione***  |  |
| ***Breve descrizione della fisiopatologia:***  |  |
| ***Fattori di rischio se presenti:*** |  |
| ***Sintomatologia*:** |  |
| ***Possibili complicanze:*** |  |

**Garantire prescrizioni diagnostiche e/o terapeutiche /interventi assistenziali**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prescrizioni/interventi** | **Motivazioni** |
| ***Indagini di laboratorio*** |  |
| ***Indagini diagnostiche strumentali*** |  |
| ***Esame obiettivo e scale di valutazione*** |  |
| ***Monitoraggio***  |  |
| ***Trattamento farmacologico* (**Di ciascun farmaco indicare: classe, principio attivo, effetto terapeutico, effetti indesiderati) |  |
| ***Trattamento non farmacologico*** |  |

**Riferimenti bibliografici**

Nella elaborazione dell’accertamento/ valutazione iniziale inserire i dati nei modelli Gordon per e formulare le ipotesi diagnostiche con le correlazioni/fattori di rischio/associazioni e caratteristiche definenti (segni e/o sintomi) se presenti (*dati significativi e necessari per la formulazione delle Diagnosi Infermieristiche)*.

**Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modello di percezione e di gestione della salute**  | Descrive come la persona percepisce il suo stato di salute e le modalità in cui la gestisce. Include la gestione dei rischi per la salute, abitudini e stili di vita che influenzano la salute, comportamenti, trattamenti e prescrizioni, storia medica e sanitaria in genere. |
| **Modello nutrizionale e metabolico** | Descrive come la persona assume il cibo ed i liquidi in termini di qualità e quantità. Include gli indicatori del fabbisogno metabolico dell'organismo. Rientrano in questo modello la descrizione delle condizione della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.  |
| **Modello di eliminazione** | Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, vescica e cute) compreso le abitudini della persona . Include qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni |
| **Modello di attivita’ esercizio fisico** | Descrive il modello dell' esercizio, dell' attività fisica e del tempo libero, includendo tutte le attività quotidiane che implicano dispendio di energia (igiene, alimentarsi, cucinare, lavorare ecc.), la funzione respiratoria e cardiocircolatoria e i fattori che interferiscono (deficit) con il modello desiderato  |
| **Modello sonno – riposo**  | Descrive i modelli di sonno e riposo nell' arco delle 24 ore, inclusa la percezione della persona rispetto al livello di riposo/sonno energia, gli ausili e le abitudini |
| **Modello cognitivo – percettivo** | Descrive l' adeguatezza delle modalità sensoriali della persona (i sensi), i relativi disturbi e la presenza di protesi, inclusa la percezione del dolore e come viene gestito, le abilità cognitive come il linguaggio, la memoria e l'assunzione di decisioni. |
| **Modello di percezione di se'-concetto di se'** | Descrive gli atteggiamenti che la persona ha nei confronti di se stesso, la percezione delle proprie abilità, l'immagine corporea, l'identità il senso di valore e il modello emozionale in genere  |
| **Modello di ruoli e relazioni** | descrive il modello dell' attribuzione e delle relazioni di ruolo; include la percezione dei principali ruoli e responsabilità inerenti la situazione di vita attuale della persona comprese la soddisfazione o i problemi in ambito familiare e lavorativo, le relazioni sociali e le relative responsabilità |
| **Modello di sessualita' e riproduzione** | descrive atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità e alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi . Include le diverse fasi del ciclo riproduttivo femminile**.**  |
| **Modello di coping e tolleranza allo stress** | descrive il modello di coping includendo la capacità della persona di resistere o gestire lo stress, i sistemi di supporto familiare e l'abilità percepita di controllare /gestire le situazioni  |
| **Modello di valori e convinzioni** | descrive il modello di valori, obiettivi e convinzioni, comprese quelle spirituali, che guidano le scelte e le decisioni della persona, includendo ciò che viene percepito importante nella vita e qualunque conflitto percepito rispetto a valori e convinzioni correlate con la salute  |

**L' esame fisico è sviluppato all' interno dei modelli**

**Bibliografia di riferimento**

* Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM & Wagner CM (2013) Classificazione degli interventi infermieristici NIC Casa Editrice Ambrosiana, Milano
* Gordon M. (2009) Diagnosi Infermieristiche processo e applicazioni CEA Milano.
* Gordon M Manual of Nursing Diagnosis (2011)12° ed. Jones and Bartlett Publisher, LLC ,USA
* Moorhead S.,Johnson M, Maas ML & Swanson E. (2013) Classificazione dei risultati infermieristici NOC. ed. it. a cura di L.A. Rigon, CEA- Casa Editrice Ambrosiana, Milano
* NANDA I (2015) Heardman & Kamitsuru a cura di Diagnosi infermieristiche Definizioni e classificazione 2015-2017 CEA Milano
* NANDA-I (2018) Heardman & Kamitsuru a cura di Diagnosi infermieristiche Definizioni e classificazione 2018-20 CEA Milano
* Oakland Community College Nursing Department/NUR 1530 *NURSING ASSESSMENT OF FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS*<https://www.oaklandcc.edu/nursing/>*docs/gordonnur 1530.pdf accesso il 31 gennaio 2013*
* Wilkinson JM Processo infermieristico e pensiero critico (2013) 3°ed CEA Milano.

**VALUTAZIONE INIZIALE/ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO generale alla presa in carico/ all’ingresso /ammissione/ ricovero della persona assistita**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE** non valutato□non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   | M. funzionale: □ si □ no  |
| **Storia di salute**Diabete: no □ si □ ipertensione: no □ si □ problemi cardiaci: no □ si □ Problemi respiratori: no □ si □ altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Stili di vita**Consumo di alcool: no □ si □ bicchieri di vino □Fumo: no □ si □ n° sigarette fumate/dì\_\_\_\_\_\_\_ Uso di altre sostanze: no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alimentazione: ………………………………………………………………………Fa attività fisica (a)\*: no □ si □ quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Allergie** note no □ si □ a: farmaci □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alimenti □ lattice □ iodio □ cerotto □ altro □ : \_\_\_\_\_\_Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Terapia a domicilio**/in corso: no □ si □ Rispetto della prescrizione a domicilio si □ no □  | *Diagnosi infermieristiche*  |
| **Farmaci a domicilio**  | **posologia** | **via somm.ne** | **Ultima dose** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Farmaci in atto (Riconciliazione)** | **posologia** | **via somm.ne** | **Inizio dal**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accertamento continuo/osservazioni successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)* |  |

*\* (a)* WHO *definisce l’* attività fiisica come uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute. E’ raccomandata agli adulti, anziani compresi, di praticare almeno 150 minuti a settimana (30 min. per 5 giorni) di attività fisica di tipo aerobico a intensità moderata (camminare a passo svelto, nuotare, andare in bicicletta , ecc) . [World Health Organization, 2015“Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025” ©]

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA RISCHIO CADUTE (dopo compilazione scala Morse in allegato)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data valutazione** | **Punteggio totale** | **Rischio cadute** |
|  |  | **B** | **M** | **A** |
|  |  | **B** | **M** | **A** |
|  |  | **B** | **M** | **A** |

***Allegare scheda di valutazione da protocollo aziendale se presente in UO***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2 MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO** non valutato□non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale si □ no □  |  |
| **Abitudini alimentari/Preferenze** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Appetito:** normale □ aumentato □ diminuito □ **gusto;** alterato no □ si □; nausea no □ si □; vomito no □ si □ **Altro** □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Restrizioni dietetiche** no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dieta** speciale / supplementi: no □ si □ (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Peso attuale** Kg \_\_\_\_**altezza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**IMC**  (peso Kg./ altezza m 2)\_\_\_\_\_\_\_\_ **Variazioni di peso** negli ultimi 3 mesi: no □ si □ \_\_\_\_ kg di aumento/perdita\_\_\_\_**Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**MUST**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMC |  > 20 (> 30 obeso ) | 0 |  18,5-20,0 |  1 | <18,5 | 2 |  |
| decremento ponderale non volon-tario negli ultimi 3-6 mesi |  < 5% | 0 |  5-10%  |  1 | > 10% | 2 |  |
| Effetti di malattia acuta | Si prevede per almeno 5 gg introito nutrizionale Insufficiente | 2 |  |
|  Somma : 0 basso rischio ; 1 medio rischio; >/= 2 alto rischio di malnutrizione **Totale**  Totale |  |

**Dentizione** si □ no □ parziale □ edentulo □ Protesi dentale □: superiore □ parziale □ completa □ inferiore □ parziale □ completa □ problemi di masticazione: no □ si □ **Difficoltà di deglutizione** (disfagia): no □ si □ solidi □ liquidi □ Test di screening: no □ si □ positivo: no □ si □ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**SNG** no □ si □ tipo: …………… F: ……. posizionato il/.: .…………………..**PEG** tipo: …………… ch: ……….posizionato il.: .…………………….…**Nutrizione Enterale**: no □ si □ tipologia e modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_condizioni area inserzione: ………………………………………………………….…….**NPT:** no □ si **□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Temperatura corporea** (TC**) \_\_**C°**Glicemia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Mucosa orale** alterazioni no □ si □ (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cute** edemi no □ si □ ascite no □ si □ anasarca no □ si □ Idratata □ sì □ no sottile no □ si □ cianotica no □ si □ itterica no □ si □ pallida no □ si □ **Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Integra si □ no □ lesioni □ sede □ \_\_\_\_\_\_\_\_ medicazioni si □ no □ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Indice di Braden \_\_\_\_\_******Ulcere da pressione*** \*\* no □ si □ sede e stadio: Sacro □ \_\_ Trocantere □ dx □ \_\_ sn □ \_\_ Tallone □ dx □ \_\_ sn □ \_\_\_ altra sede □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escara □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Diagnosi infermieristiche*  |  |
| **Catetere vascolare venoso**: no □ si □  periferico □ tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sx □ dx □ centrale □ tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ calibro\_\_ sede:\_\_\_\_\_\_ sx □ dx □ inserito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimosso il \_\_\_\_\_\_ inserito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimosso il \_\_\_\_\_\_**Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Ferita chirurgica\*\***  no □ si □ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_medicazioni no □ si □  |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni successive** \_**(***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |  |

**\*\* Allegare se indicato BWAT (in allegato) e/o ulteriori schede presenti in UO**

|  |  |
| --- | --- |
| **3 MODELLO DI ELIMINAZIONE non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale si □ no □  |
| **Eliminazione urinaria** Frequenza /die ………… caratteristiche urine……………………………………….**Diuresi** (se indicato) ml \_\_\_\_\_\_\_**Alterazioni della minzione** no □ si □ (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Incontinenza*** no □ si □ : bisogno impellente/difficoltà a rimandare la minzione (urgenza) □ difficoltà a raggiungere il bagno (funzionale) □ in seguito a sforzo (stress) □ da sovradistensione Uso di pannolone □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ urocontrol □ ***Ritenzione*** no □ si □ : acuta □ cronica □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Eliminazione intestinale** Frequenza evacuazioni \_\_\_\_ data dell’ultima evacuazione\_\_\_\_\_\_\_ Caratteristiche delle feci\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stipsi □ Variazioni recenti no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Abitudini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Uso di: clisteri no □ si □ , farmaci lassativi no □ si □, altro □(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_,***Incontinenza*:** no □ si □ uso di pannolone □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Addome**□ trattabile □ globoso□ teso altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Suoni intestinali □ si □ no meteorismo □ si □ no emissione di gas □ si □ no **Stomia** tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ caratteristiche\_\_\_\_\_\_\_\_autonomo nella gestione della stomia: sì □ no □**Altro** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | *Diagnosi infermieristiche*  |
| **Catetere vescicale** □ a intermittenza □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a permanenza □ tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ inserito in data \_\_\_\_ in U.O/servizio \_\_\_\_\_\_ rimosso il \_\_\_\_\_\_   |
| **Drenaggi** □ tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ …………………………… sede ………………… inserito il \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ rimosso il drenato: ml..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ caratteristiche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4 MODELLO DI ATTIVITA’ - ESERCIZIO FISICO non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   | M. funzionale si □ no □  |  |
| **Attività motoria****Deambulante** si □ no □ con ausili : bastone □ stampelle □ tripode □ deambulatore □ girello □ tutore □ **Sedia a rotelle** no □ si □ Altro □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Andatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Equilibrio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobilità a letto si □ no □ **Cura di se’** (igiene personale) : non assistita □ assistita □Capacità di CURA DI SÉ: **Indice di Barthel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Funzione cardiocircolatoria :** P.A.\_\_\_\_ \_\_\_F.C. \_\_\_\_\_ ritmo\_\_\_\_\_\_caratteristiche \_\_\_\_**Respirazione:** F.R. \_\_\_\_\_\_\_ SpO 2 \_**\_**in a.a.  con O2 Dispnea no □ si □ a riposo □ da sforzo □ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **□** rantoli □ tosse □ espettorato □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ caratteristiche **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ossigenoterapia** no □ si □: □O2 lt/min.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dispositivo: (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Respirazione assistita** no □ si □: non invasiva □ **\_\_\_\_\_\_**Invasiva □ \_\_\_\_\_ **Tracheostomia** no □ si □: **Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**E.G.A**. no □ si □: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | *Diagnosi infermieristiche*  |  |
| **Riposo a letto obbligato: no** □ sì □ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. MODELLO SONNO – RIPOSO non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale si □ no □  |
| **Sonno** ore/notte \_\_\_\_\_ riposo pomeridiano no □ si □Si sente riposato al risveglio no □ si □ Difficoltà ad addormentarsi no □ si □ : risveglio precoce □ insonnia □ **Uso di farmaci** no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altre abitudini per favorire il sonno no □ si □ (quali)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | *Diagnosi infermieristiche*  |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6 MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □ no □ |  |
| **Stato di coscienza**: vigile □soporoso □ assente □ Glasgow( se indicato) \_\_\_\_\_**Orientamento**: orientato si □ no □ tempo □ spazio □ **Vertigini** □no □ sì **Lingua** parlata italiano □ altra lingua **\*\***□ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Linguaggio**: disturbi del linguaggio □no □ sì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Afasia □ disfasia □ disartria □**Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sensi :*****Udito***: alterazioni □no □ sì □ ipoacusia □ sordità □ destra □ sinistra □ protesi □ destra □ sinistra □***Vista***: alterazioni □no □ sì : occhiali □ lenti a contatto □ altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dolore (***Deve essere rilevato almeno una volta/die***):** no □ si □ **intensità:** \_\_\_□ NRS □ altra scala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(***allegar****e)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ **Scala** **NRS del DOLORE** □ **non utilizzabile** “Indichi per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a nessun dolore e 10 al peggior dolore immaginabile “0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10Dolore acuto □ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ caratteristiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dolore cronico □ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ caratteristiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  trattamento in corso no □ si □ (quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come controlla abitualmente(a casa) il dolore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | *Diagnosi Infermieristiche* |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni*  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7 MODELLO DI PERCEZIONE DI SE’ -CONCETTO DI SE’** non valutato□non valutabile□ valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □ no □  |
| **Riferisce** ansia/preoccupazioni sullo stato di salute no □ si □ (*se sì narrazione*)  | *Diagnosi Infermieristiche*  |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive** \_**(***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8 MODELLO RUOLO – RELAZIONI** non valutato□non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □ no □ |
| **Stato civile**: ………………………………. **Sistema di supporto**: coniuge □ figli □ parenti □ altra persona □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nessuno □ **Vive**: in famiglia □ da solo □ in struttura/altro (*specificar*e) □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Persona di riferimento** da contattare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Titolo di studio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Occupazione**:…………………………………….**Presenza di caregiver** no □ si □**Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Diagnosi Infermieristiche*  |
| A**ccertamento continuo/osservazioni \_successive**  **(***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9 MODELLO DI SESSUALITA’ – RIPRODUZIONE non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □ no □ |
| **Donna**Ultima mestruazione: …………………………… in menopausa no □ si □ in ter. ormonale sostitutivaIn gravidanza: no □ si □ Contraccezione ormonale no □ si □  | **Uomo** disturbi □ no □ si □ riferibili a: □ effetti collaterali dei farmaci □ problemi di salute  | *Diagnosi Infermieristiche*  |
| Interventi chirurgici □ altro □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cambiamenti recenti nella funzione/nel modello no □ si □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10 MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS non valutato** □non valutabile□ valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □no □  |  |  |
| **Principali preoccupazioni** (sull’ospedalizzazione o malattia, altro): (se  *sì narrazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Perdite/cambiamenti** importanti nell’ultimo anno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Come ha affrontato il problema sino ad ora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Altro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Diagnosi Infermieristiche*  |  |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni \_successive (***indicare sempre data e ora delle osservazioni)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **11 MODELLO DI VALORI – CREDENZE non valutato** □non valutabile□valutato successivamente □ il  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    | M. funzionale: si □ no □  |  |  |
| **Pratiche religiose/spirituali** importanti per lei (durante il ricovero)  | *Diagnosi Infermieristiche*  |  |  |
| **Accertamento continuo/osservazioni successive** **(***indicare sempre data e ora delle osservazioni)*  |  |

**Aspetti che vorrebbe aggiungere o di cui vorrebbe discutere?**

**Cosa dovrei sapere della sua esperienza di malattia..**

**Note**

**PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICHE (NANDA- I) IN ORDINE DI PRIORITA’ (max 3)**

**- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA:**

\_\_\_\_\_\_correlato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che si manifesta con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obiettivo/Risultato NOC per la persona assistita**

**Indicatori di risultato (risultato atteso e misurabile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Interventi**  | **motivazioni** |
|  |  |

**Valutazione: indicatori di risultato finale**