

SCHEDA DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA AL MOMENTO DEL RICOVERO

COGNOME NOME ..... SESSO: M  F  VIVE SOLO: SI  NO   
DATA DI NASCITA: / / LINGUA: RELIGIONE:

REFERENTI

COGNOME	NOME	PARENTELA	INDIRIZZO	TELEFONO

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE

TIPO DI RICOVERO : URGENTE  ELEZIONE  PROGRAMMATO  TRASFERIMENTO

MODALITA' DI RICOVERO : BARELLA  CARROZZINA  DEAMBULANTE

RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI :

P.A. \_\_\_\_\_ T.C. \_\_\_\_\_  
F.C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_

PESO CORPOREO: \_\_\_\_\_ ALTEZZA: \_\_\_\_\_

TERAPIA DOMICILIARE: ANTIDIABETICI   
ANTICOAG.   
PSICOFARM.   
ANTIPERTENSIVI

altro \_\_\_\_\_

PRESENZA DI DOLORE NO  SI

SEDE \_\_\_\_\_

ALLERGIE NO  SI   
E/O INTOLLERANZE  
SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

LESIONI DA DECUBITO NO  SI

SEDE  
STADI:  
Rossore   
Fiattene   
Necrosi secca   
Necrosi umida

ORGANI DI SENSO:  
DEFICIT: NO  SI   
SE SI QUALI: \_\_\_\_\_

IL PZ. E' PORTATORE DI:

DAL (DATA)

DAL (DATA)

CATETERE VESICIALE  DAL / / /  
SONDINO N.G.  DAL / / /  
TUBO ENDOTRACHEALE orof.  DAL / / /  
TUBO ENDOTRACHEALE rin.  DAL / / /  
VIA INFUSIONALE CENTRALE  DAL / / /  
ACCESSO ARTERIOSO  DAL / / /  
DRENAGGI  DAL / / /

TRACHEOSTOMIA  DAL / / /  
GASTROSTOMIA  DAL / / /  
PROTESI  DAL / / /  
ENTEROSTOMIA  DAL / / /  
PACE-MAKER  DAL / / /  
FERITE CHIR.  DAL / / /  
ALTRO.....  DAL / / /

TIPO DI DIETA SEGUITA: \_\_\_\_\_

PROBLEMI ALIMENTARI : NO  SI  Se si, quali: \_\_\_\_\_

DATA: / / h. Acc: \_\_\_\_\_