Allegato 3

ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Struttura proponente: _____

Coordinatore infermieristico: _____

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA ALLA DIMISSIONE

Cognome e nome:_____ C.F. _____

Data di Nascita: ___ / ___ / _____ Luogo di Nascita _____

Data Ingresso: ___ / ___ / _____ Data Dimissione: ___ / ___ / _____ Cod. Esenzione: _____

PARAMETRI ALLA DIMISSIONE: PA ____ / ____ T.C. ___ °C HGT ____ mg% SpO_2: ___ %

DIAGNOSI MEDICA _____

_____

STATO DI VIGILANZA

Vigile	Orientato	Agitato	Soporoso
Si □ No □	Si □ No □	Si □ No □	Si □ No □

FUNZIONE RESPIRATORIA

□ **PER VIE NATURALI** □ **IN AA**

□ **IN O2 TERAPIA** __ **LT/MIN**

□ **SECREZIONI** □ Abbondanti

□ Scarse

□ **CET** **TIPO CET:** _____

ULTIMA SOSTITUZIONE: _____

ASPIRAZIONI FREQUENTI Si □ No □

ACCESSI VENOSI □ **CVP** □ **CVP TIPO MIDLINE**

□ **CVC** □ **CVC TIPO PICC**

□ **DATA POSIZ.** _____

□ **DATA MEDICAZ.** _____

SOMMINISTRAZIONE TERAPIA

□ **PER OS** □ **VIA PEG**

- o **INTERA CON H2O LISCIA** □ **VIA SNG**
- o **INTERA CON CREMOSI**
- o **TRITATA CON CREMOSI**

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

□ **PER OS**

- o **AUTONOMO**
- o **CON SUPERVISIONE**
- o **DIPENDENTE**

□ **N.E.**

SNG **ULTIMA SOSTITUZIONE** _____

PEG **ULTIMA SOSTITUZIONE** _____

□ **NPT**

PROTESI Si □ No □

Dentaria □ Acustica □ Occhiali □

ELIMINAZIONE URINARIA

□ **CONTINENTE**

- o **WC**
- o **PAPPAGALLO**
- o **PADELLA**

□ **INCONTINENTE**

- o **PANNO**
- o **UROCONDOM**
- o **C.V.**

TIPO: _____

ULTIMA SOSTITUZIONE: _____

ELIMINAZIONE INTESTINALE

□ **CONTINENTE**

□ **INCONTINENTE**

□ **STOMIA**

□ **REGOLARE**

□ **IRREGOLARE**

- o **NECESSITA DI LASSATIVI PER OS**
- o **NECESSITA DI CLISMA**

ULTIMA EVACUAZIONE _____

Dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sede _____

NOTE: _____

_____

_____

Educato/informato su: _____

MOVIMENTO

□ **AUTONOMO**

□ **PARZIALMENTE AUTONOMO**

□ **DIPENDENTE**

□ **ALLETTATO** **MAD** □ **SI** □ **NO**

AUSILI

□ **CARROZZINA**

□ **STAMPELLA**

□ **TRIPODE**

□ **DEAMBULATORE**

□ **LETTO CON SPONDE**

UTILIZZO AUSILI

□ **AUTONOMO**

□ **CON SUPERVISIONE**

□ **DIPENDENTE**

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE

□ **BASSO RISCHIO** **PUNTEGGIO SCALA CONLEY** _____

□ **ALTO RISCHIO**

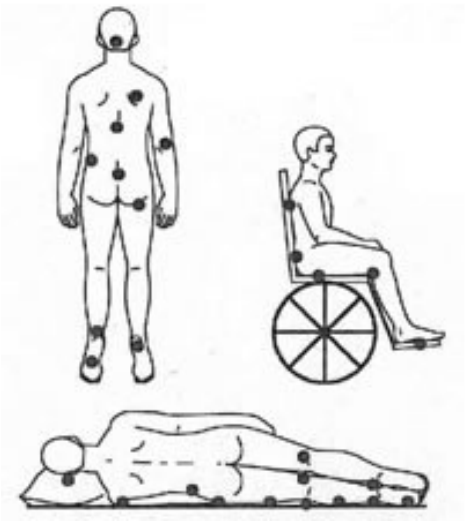
NECESSITA DI CONTENZIONI

□ **SI**

- **SBARRE A LETTO**
- **CONTENZIONI ARTI SUPERIORI**
- **CONTENZIONI ARTI INFERIORI**
- **FASCIA ADDOMINALE IN SEDIA**

□ **NO**

LESIONI DA PRESSIONE



Indicare con un numero la sede

BRADEN punteggio ……..

SEDE 1 Stadio…….. SEDE 2 Stadio……..

SEDE 3 Stadio…….. SEDE 4 Stadio……..

Altre lesioni: ……..

……

Tipo di medicazione in atto: ……..

……

……

……

……

OSSERVAZIONI:

Data _____ Firma leggibile dell'Infermiere _____