

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT  
Dipartimento Emergenza Urgenza  
P. O."....."  
Direttore: dott. Egidio Fasanella

# CARTELLA INFERMIERISTICA

S.D.O. N.....

**U.O.C.** \_\_\_\_\_ **RIANIMAZIONE** \_\_\_\_\_

Iniziali Paziente \_\_\_\_\_

Prognosi Riservata  SI  NO

Proveniente da : \_\_\_\_\_ **P.O.** \_\_\_\_\_  
(specificare U.O. di provenienza)

**Data** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

Trasferimento nell'U.O. di : \_\_\_\_\_ **P.O.** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

COGNOME	<input type="text"/>	
NOME	<input type="text"/>	
LUOGO E DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SESSO	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
RESIDENZA	<input type="text"/>	
Via	<input type="text"/>	
CITTADINANZA	<input type="text"/>	
PESO ALTEZZA	<input type="text"/> Kg.	<input type="text"/> Cm.
TELEFONO	<input type="text"/>	
STATO CIVILE	<input type="checkbox"/> NUBILE <input type="checkbox"/> COGNIUGATO/A <input type="checkbox"/> VEDODO/A	
GRUPPO SANGUIGNO	<input type="text"/>	<input type="text"/> Rh

EFFETTI PERSONALI RINVENUTI AL MOMENTO DEL RICOVERO	<input type="checkbox"/> ABITI	<input type="checkbox"/> PROTESI
	<input type="checkbox"/> OGGETTI:	
SONO STATI CONSEGNATI AL GRADO DI PARENTELA	Sig.	
FIRMA PER RICEVUTA		

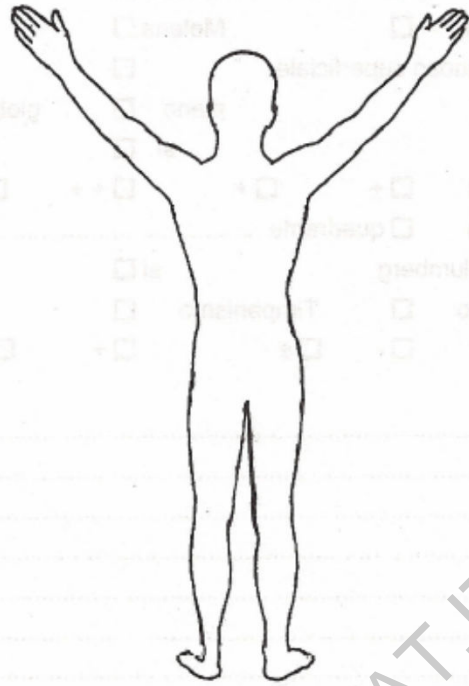
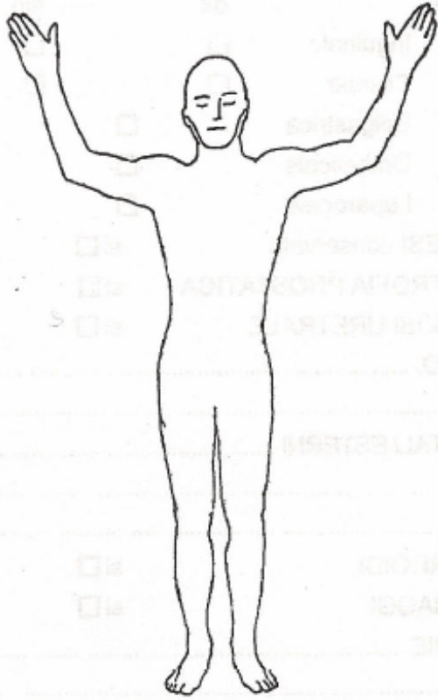
ALLERGIE RIFERITE	<input type="checkbox"/> Farmaci e/o mezzi di contrasto _____
	<input type="checkbox"/> Alimenti _____
	<input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> Non nota _____

MOTIVO DI INGRESSO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

PATOLOGIE INFETTIVE NOTE IN ATTO O PREGRESSE	<input type="checkbox"/> HAV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> MENINGITE PNEUMOC.
	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> MENINGITE MENINGOC.

<b>Firma Infermiere</b> ( che accetta il ricovero)	<input type="text"/>
---	----------------------

## LESIONI TRAUMATICHE



### SCHELETRICHE

### TEGUMENTARIE

CRANIO

TESTA

MASSICCIO FACCIALE

COLLO

RACHIDE

TORACE

TORACE

ADDOME

BACINO

DORSO

ARTI SUPERIORI

ARTI SUPERIORI

ARTI INFERIORI

ARTI INFERIORI

OSSERVAZIONI

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLEPAT.IT

AIRWAY - VIE AEREE										
A	CAVO ORALE		NORMAL <input type="checkbox"/>		MODESTA MUCOSITE <input type="checkbox"/>					
					RISCHIO MUCOSITE <input type="checkbox"/>					
					IMPORTANTE MUCOSITE <input type="checkbox"/>					
	PROTESI DENTARIE		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SUPERIORI SI <input type="checkbox"/>					
			INFERIORI SI <input type="checkbox"/>							
			TOTALE SI <input type="checkbox"/>							
BREATHING - RESPIRO										
B	SPONTANEA		<input type="checkbox"/>		<b>MASCHERA</b> <input type="checkbox"/> lt/m <b>OCCHIALINI</b> <input type="checkbox"/> lt/m <b>C/PAP</b> <input type="checkbox"/> FiO <sub>2</sub> <b>ALTRO</b> .....					
	I.O.T.		<input type="checkbox"/> mis.							
	I.N.T.		<input type="checkbox"/> mis.							
	TRACHOTOMIA		<input type="checkbox"/> mis.							
	SPO2		<input type="checkbox"/> %							
	F.R.		<input type="checkbox"/> att/min.							
CIRCULATION										
C	P.A.		mmHg.		<b>DIURESIS</b> NORMALE <input type="checkbox"/> CONTRATTA <input type="checkbox"/> OLIGANURIA <input type="checkbox"/>					
	F.C.		b/min							
	T.C.		°C							
				C.V.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ch.....		
DISABILITY										
D	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SEDAZIONE PER IL PAZIENTE						SCALA		DIAMETRO PUPILLARE	
	NEUROLOGICO			Ramsay Score						
	Paziente in preda ad ansia, irrequietezza motoria, o entrambe			1						
	Paziente tranquillo, lucido, collaborante, adatto alla protesi ventilatoria			2						
	Paziente sonnolento, reagisce prontamente a una lieve pressione sulla gabbella o ad un forte stimolo sonoro			3						
	Paziente molto sonnolento, torpidamente ad una lieve pressione sulla gabbella o ad un forte stimolo sonoro			4						
	Il paziente non risponde alla lieve pressione sulla gabbella, né a fronte stimolo sonoro ma reagisce allo stimolo doloroso			5						
	Nessuna risposta allo stimolo			6						
	COSCIENTE <input type="checkbox"/>						NON COSCIENTE <input type="checkbox"/>			
	SEDATO <input type="checkbox"/>						NON VALUTABILE <input type="checkbox"/>			
EXPOSURE										
E	D.V.E.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>COLONSTOMIA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>ILEOSTOMIA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>UROSTOMIA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>					
	S.N.G.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	PACE-MAKER		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	ControPulsatore Aortico		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
	DRENAGGIO TORACICO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>		Altro.....			
	DRENAGGIO ADDOME		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>		Altro.....			
	ARTERIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>					
CVC		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Suclavia <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		Giugulare <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		Femorale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		
<b>Firma Infermiere</b>						<b>Data</b>				
( che accetta il ricovero )										

## INDICE DI MISURA ALVO

CLASSIFICAZIONE IN BASE ALL'ASPETTO			CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA QUANTITA'	
A	<b>DURE E FORMATE</b>	CONSISTENZA DURA O FORMA MANTENGONO UA FORMA DEFINITA SIMILE A BANANA, SIGARO, MARMO	1	<b>&lt; 100 Gr.</b>
B	<b>SOFFICI E FORMATE</b>	MANTENGONO UNA FORMA GENERICA SIMILE A BURRO	2	<b>100-200 Gr.</b>
C	<b>MOLLI E INFORMI</b>	MANCANO DI FORMA PROPRIA POSSONO DIFFONDERE FAVILMENTE SIMILI A POURE' O FRULLATO DENSO	3	<b>200-300Gr.</b>
D	<b>LIQUIDE</b>	FECI CHE COLANO AD ACQUA TIPO COLERA	4	<b>&gt; 300 Gr.</b>

**NB:** LE FECI NORMALI SONO DI TIPO A. LA QUANTITA' VARIA DA 100 A 300 Gr./DIE .  
 LA FREQUENZA DELL'ALVO E' CONSIDERATA NORMALE SE LA DEFECAZIONE AVVIENE FINO A TRE VOLTE AL GIORNO O UNA VOLTA OGNI TRE GIORNI

### Scala di Braden

VARIABILI	4	3	2	1
<b>PERCEZIONE SENSORIALE</b>	NON LIMITATA	LEGGERMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	TOTALMENTE LIMITATA
<b>UMIDITA'</b>	RARAMENTE BAGNATA	OCCASIONALMENTE BAGNATA	SPESSO BAGNATA	COSTANTEMENTE BAGNATA
<b>ATTIVITA'</b>	CAMMINA FREQUENTEMENTE	CAMMINA OCCASIONALMENTE	IN POLTRONA	ALLETTATO
<b>MOBILITA'</b>	LIMITAZIONI ASSENTI	PARZIALMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	COMPLETA IMMOBILITA'
<b>NUTRIZIONI</b>	ECCELLENTE	ADEGUATA	PROBABILMENTE INADEGUATA	MOLTO POVERA
<b>FRIZIONAMENTO E SCIVOLAMENTO</b>		SENZA PROBLEMI APPARENTI	PROBLEMA POTENZIALE	PROBLEMA

**INDICE BRADEN**

Ingresso

> 20 = Assenza di Rischio; 16-20= Basso Rischio; 11-15= Alto Rischio; < 10= Rischio Elevato;

## MONITORAGGIO PRESIDI

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>TOT/TNT</b>	Posizionato il	Tipo	Posizionato il	Tipo	Posizionato il	Tipo	Posizionato il	Tipo
	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°
	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>TRACHEOSTOMIA</b>	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Firma Infermiere							

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>CVC</b>	Posizionato il	Lumi	Posizionato il	Lumi	Posizionato il	Lumi	Posizionato il	Lumi
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Rimosso il	Sede	Rimosso il	Sede	Rimosso il	Sede	Rimosso il	Sede
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>Cat. Venoso Periferico</b>	Posizionato il	G	Posizionato il	G	Posizionato il	G	Posizionato il	G
	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°
	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>Cat. Arterioso</b>	Posizionato il	Sede	Posizionato il	Sede	Posizionato il	Sede	Posizionato il	Sede
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>Catetere per Dialisi</b>	Posizionato il	G	Posizionato il	G	Posizionato il	G	Posizionato il	G
	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°
	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>SNG</b>	Posizionato il	Fr.	Posizionato il	Fr.	Posizionato il	Fr.	Posizionato il	Fr.
	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	N°
	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>	Rimosso il	<input type="text"/>
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>PEG</b>	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il	Posizionato il	Rimosso il
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Firma Infermiere							

<input type="checkbox"/> Presente dal <b>Cat. Vescicale</b>	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo
Firma Infermiere								

<input type="checkbox"/> Presente dal	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch	Posizionato il	Ch
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo	Rimosso il	Tipo
Firma Infermiere								



## INDAGINE CULTURALI

INDAGINE CULTURALI										
<b>BRONCOASPIRATO</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>URINOCOLTURA</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>EMOCOLTURA CVC</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>EMOCOLTURA PERIFERICA</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>TAMPONE RETTALE</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>TAMPONE NASALE</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	



## INDAGINE CULTURALI

INDAGINE CULTURALI										
<b>COLTURA PUNTA CVC</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>COLTURA PUNTA ARTERIA</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>COLTURA PUNTA CATETERE VESICALE</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
<b>COLTURA PUNTA CATETERE DIALISI</b>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>
DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	DATA	<i>Fir. Inf.</i>	

DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

**DIARIO INFERMIERISTICO**

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

**DIARIO INFERMIERISTICO**

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT





# DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT





**DIARIO INFERMIERISTICO**

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

**DIARIO INFERMIERISTICO**

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT



# DIARIO INFERMIERISTICO

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT



## DATI CLINICI AL TRASFERIMENTO


Il Paziente viene trasferito \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Il Paziente è deceduto in data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

nelle seguenti condizioni clinico assistenziali

PARAMETRI VITALI	PA	FC	TC	SpO <sub>2</sub>	DTX
RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> TNT	<input type="checkbox"/> CANNULA TRACHEOSTOMICA		
	<input type="checkbox"/> MASCHERA	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> OCCHIALINI	<input type="checkbox"/> O2 l/min.....	
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> ENTERALE	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> DIGIUNO	<input type="checkbox"/> OS	
STATO COGNITIVO	<input type="checkbox"/> COSCIENTE	<input type="checkbox"/> NON COSCIENTE	<input type="checkbox"/> SEDATO		
	<input type="checkbox"/> COMA				
ELIMINAZIONE	AUTONOMA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	<input type="checkbox"/> Catetere Vescicale	<input type="checkbox"/> urocontrol	<input type="checkbox"/> STOMIA		
ALVO	<input type="checkbox"/> Alvo pervio a feci		<input type="checkbox"/> STOMIA		

ALLERGIE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------	-----------------------------	-----------------------------

<p><b>LESIONI DA DECUBITO</b></p> <p><b>FRATTURE</b></p>	<p>Alterazioni integrità cutanee \ mobilità alla dimissione</p>  <p>FRATTURE PRESENTI</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>○ = Lesioni Da Decubito    ▲ = Abrasioni / Ustioni    A = Acinesie</p> <p>⊃ = Ferite lacerate contuse    +++ = Ferita chirurgica</p>	

MOBILIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> NON ATTUABILE	<input type="checkbox"/> VARIAZIONE DECUBITI	<input type="checkbox"/> MOB. SPONTANEA
----------------	--	--	---

FIRMA INFERMIERE \_\_\_\_\_

FIRMA COORDINATORE \_\_\_\_\_

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

TASCA