

SCHEDA DI ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO E RIVALUTAZIONE PIANO DI TRATTAMENTO LLDPP

Cognome e nome.....Età.....

Data primo accesso Infermieristico.....

Rapporti con la famiglia: Vive solo/a Familiari presenti Vive in famiglia

Persona di riferimento-CareGiver_____

Positività sierologica: HCV HBsAg Altro_____

<p>Altre patologie</p> <p><input type="checkbox"/> Neoplasie.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ictus</p> <p><input type="checkbox"/> Demenza</p> <p><input type="checkbox"/> Traumi/Fratture.....</p> <p><input type="checkbox"/> Patologie Cardiovascolari</p> <p><input type="checkbox"/> Patologie Endocrino Metaboliche.....</p> <p><input type="checkbox"/> Patologie Apparato Gastro Intestinale</p> <p><input type="checkbox"/> Sindrome Psichiatrica.....</p> <p><input type="checkbox"/> Patologie Neurologiche.....</p> <p><input type="checkbox"/> Patologie Polmonari.....</p> <p><input type="checkbox"/> Condizioni invalidanti Apparato Locomotore</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza di edemi: Localizzazione</p> <p>.....</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p>	<p>Scala di Norton (valutazione del rischio di decubiti)</p>		<p>Tot</p>	
	<p>Condizioni generali</p>	Buone	4	
		Discrete	3	
		Scadenti	2	
		Pessime	1	
	<p>Stato mentale</p>	Lucido	4	
		Apatico	3	
		Confuso	2	
		Stuporoso	1	
	<p>Deambulazione</p>	Normale	4	
		Cammina con aiuto	3	
		Costretto su sedia	2	
		Costretto a letto	1	
	<p>Mobilità</p>	Normale	4	
		Moderatamente limitata	3	
Molto limitata		2		
Immobile		1		
<p>Incontinenza</p>	Assente	4		
	Occasionale	3		
	Abituale urinaria	2		
	Doppia	1		
<p>16-20 : Rischio Minimo / 10-15: Rischio Medio 5-9 : Rischio elevato</p>		<p>Tot</p>		

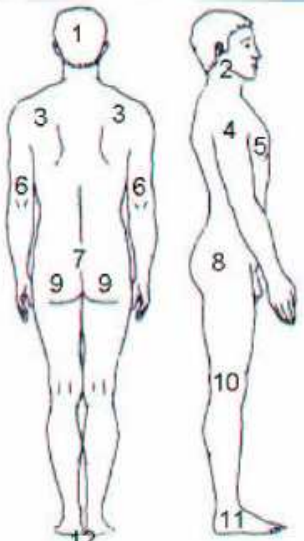
Nominativo

Quantitative Subjective Global Assessment (SGA) (*Kamyar Kalantar-Zadeh et al.*)

variazioni di peso negli ultimi 6 mesi					punti
variazioni assenti o aumento	perdita di peso < 5%	perdita di peso 5-10%	perdita di peso 10-15%	perdita di peso > 15%	
1	2	3	4	5	
alimentazione					
no variazioni	dieta solida subottimale	dieta liquida o moderata riduzione globale	liquidi ipocalorici	digiuno	
1	2	3	4	5	
sintomi gastrointestinali					
sintomi assenti	nausea	vomito o sintomi GI moderati	diarrea	anoressia severa	
1	2	3	4	5	
capacità funzionale					
nessuna variazione	difficoltà nella deambulazione	difficoltà nelle normali attività	attività leggere	solo sedia o letto (attività scarsa o assente)	
1	2	3	4	5	
Co-morbidità					
buona salute	co-morbidità lieve	co-morbidità moderata o età > 75 anni	co-morbidità severa	co-morbidità multipla severa	
1	2	3	4	5	
esame obiettivo					
riduzione del grasso sottocutaneo					
no variazioni		moderate variazioni		variazioni gravi	
1	2	3	4	5	
riduzione della muscolatura					
no variazioni		moderate variazioni		variazioni gravi	
1	2	3	4	5	
legenda					
normale	malnutrizione lieve	malnutrizione moderata	malnutrizione moderata-grave	malnutrizione grave	
7	14	21	28	35	

Nome cognome _____ data rilevazione _____

Sede (1)	Lato (D/S)	St. NPUAP	Diam. Max (cm)	Prof. (cm)	Cute peril. (2)	Dolore (3)	Essudato (4)	Tessuto (5)	Medic. 1° (6)	Medic. 2° (7)	Cambio ogni gg.

	1) sede	Indicare il numero della sede
	2) Cute perilesionale	Indicare: I (integra); L (lesionata); M (macerata); EF (eritema / flittene); EC (edematosa / cellulite)
	3) dolore	
	4) essudato	Indicare: A (asciutta); M (medio); A (abbondante)
	5) tessuto	Indicare : I (infetto); N (necrotico); D (deterso); G (granuleggiante)
	6) medicaz. primaria	1) idrocolloide; 2) schiuma; 3) garza; 4) alginato; 5) carbone attivo + Ag; 6) film PU; 7) modulante proteasi; 8) altro (indicare _____)
	7) medicazione secondaria	1) garza TNT; 2) garza normale; 3) idrocolloide; 4) film PU; 5) bendaggio elastocompressivo;

SCHEDA DI AVVIO PIANO DI TRATTAMENTO E DI RIVALUTAZIONE DEL QUADRO CLINICO

NOMINATIVO _____

Numero sede lesione	Grado Lesione	Condizione Tessuto Lesione	Essudato	Bordo Lesione	Cute Perilesione	Cambio Medicazione (in. g.g)
_____	I° II°	Deterso Infetto Fibrinoso Necrotico	Ematico Sieroso Verde Purulento Maleodorante	Attivo Emorragico Introflesso Sottominato Macerato Calloso	Integra Arrossata Macerata	_____
_____	III° IV° Escara					_____

Data.....Note sulla Lesione e sui risultati del trattamento:

.....

Firma Infermiere.....

Numero sede lesione	Grado Lesione	Condizione Tessuto Lesione	Essudato	Bordo Lesione	Cute Perilesione	Cambio Medicazione (in. g.g)
_____	I° II°	Deterso Infetto Fibrinoso Necrotico	Ematico Sieroso Verde Purulento Maleodorante	Attivo Emorragico Introflesso Sottominato Macerato Calloso	Integra Arrossata Macerata	_____
_____	III° IV° Escara					_____

Data.....Note sulla Lesione e sui risultati del trattamento:

.....

Firma Infermiere.....

Numero sede lesione	Grado Lesione	Condizione Tessuto Lesione	Essudato	Bordo Lesione	Cute Perilesione	Cambio Medicazione (in. g.g)
_____	I° II°	Deterso Infetto Fibrinoso Necrotico	Ematico Sieroso Verde Purulento Maleodorante	Attivo Emorragico Introflesso Sottominato Macerato Calloso	Integra Arrossata Macerata	_____
_____	III° IV° Escara					_____

Data.....Note sulla Lesione e sui risultati del trattamento

.....

.....

Firma Infermiere.....