



CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

Cartella clinica n. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residenza

\_\_\_\_\_

cod. fiscale

\_\_\_\_\_

familiare di  
riferimento \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

medico curante

\_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

- assistito in CdC
- assistito in ADI/CP



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**Patologie:**  cardiopatia  broncopatia  diabete  ulcera g.d  ipertensione  nefropatia  cerebro-vascolari  
 HCV  HBV  HIV

altro \_\_\_\_\_

**Allergie:**  farmaci \_\_\_\_\_  alimenti \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI**

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no

**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua

**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato

**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_

**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente

**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no

**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT

**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg. \_\_\_\_  incontinenza  stomia

**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone

catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo

**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato

Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_

**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche

**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole

**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

Principali preoccupazioni sull'ospedalizzazione \_\_\_\_\_

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_

Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

Stato civile \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_ vive con \_\_\_\_\_

Caregiver \_\_\_\_\_  coniuge  parente  amico  altro

Telefono 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI CUTANEE**

**SCALA DI BRADEN**

<b>Percezione sensoriale</b>	4 non limitata	3 leggermente limitata	2 molto limitata	1 completam. limitata
<b>Umidità cutanea</b>	4 raramente bagnata	3 occasionalmente bagnato	2 spesso bagnato	1 completam. bagnato
<b>Attività</b>	4 cammina frequente	3 cammina occasionalmente	2 in poltrona	1 completam. allettato
<b>Mobilità</b>	4 limitazioni assenti	3 parzialmente limitata	2 molto limitata	1 completam. immobile
<b>Nutrizione</b>	4 eccellente	3 adeguata	2 probabil. inadeguata	1 scarsa
<b>Frizione/sfregamento</b>		3 senza problemi apparenti	2 problema potenziale	Problema

**INDICE:** Punteggio  $\leq 16$  = paziente a rischio di compromissione dell'integrità cutanea

23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---

**Presenza di Lesioni cutanee**  no  si      **Presenza di Lesioni mucose**  no  si

DESCRIZIONE DELLE LESIONI	

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA**

**SCALA DI CONLEY**

**Istruzioni:** le prime tre domande devono essere rivolte al paziente: rivolgerle ad un familiare, al caregiver o all'infermiere solo se il paziente ha deficit cognitivi o fisici che impediscono la risposta. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta <non so> è da considerarsi negativa.

PRECEDENTI CADUTE ( <i>domande al paziente o al caregiver/infermiere</i> )	SI	NO
C1 E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1	0
C3 Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava al bagno?	1	0
DETERIORAMENTO COGNITIVO ( <i>osservazione infermieristica</i> )		
C4 Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0
C5 Agitato (eccessiva attività motoria: es. non sa stare fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti)	2	0
C6 Deterioramento delle capacità di giudizio/mancanza di senso del pericolo	3	0

**INDICE = PUNTEGGIO  $\geq 2$  = PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DELLA VITA QUOTIDIANA**

**SCALA DI BARTHEL** Punteggio 100 = paziente indipendente in tutte le attività di base della vita quotidiana

FUNZIONI ESAMINATE	DIPENDENTE	CON AIUTO	INDIPENDENTE
1) <b>Mangiare</b> ( <i>se bisogna tagliare il cibo = con aiuto</i> )	0	5	10
2) <b>Spostarsi da sedia al letto e ritornare</b> ( <i>include il sedersi sul letto</i> )	0	10	15
3) <b>Eseguire la toilette personale</b> ( <i>lavarsi la faccia, pettinarsi, etc..</i> )	0	0	5
4) <b>Sedersi ed alzarsi dal WC</b> ( <i>togliersi gli indumenti, pulirsi, etc..</i> )	0	5	10
5) <b>Fare il bagno</b>	0	0	5
6) <b>Camminare sul piano</b> ( <i>spingere la sedia a rotelle se non deambula</i> )	0	10	15
7) <b>Salire e scendere le scale</b>	0	5	10
8) <b>Vestirsi</b> ( <i>include infilarsi e allacciarsi le scarpe</i> )	0	5	10
9) <b>Controllare la defecazione</b>	0	5	10
10) <b>Controllare la minzione</b>	0	5	10

**Nota :** il soggetto che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerato dipendente in quella funzione

**INDICE DI BARTHEL**

100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICHE - PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA E RIVALUTAZIONE BISOGNI IDENTIFICATI**

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	STANDARD N. RO	VALUTAZIONE		
		DATA	STATO*	FIRMA
<input type="checkbox"/> <b>Deficit della cura del sé</b> <input type="radio"/> nell'alimentazione <input type="radio"/> nel vestirsi <input type="radio"/> nell'igiene del corpo <input type="radio"/> totale <i>correlato:</i> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> astenia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio	<b>1</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>2</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Presenza di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> lesione chirurgica <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>3</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di caduta correlato a:</b> <input type="radio"/> alterazioni sensoriali <input type="radio"/> confusione mentale <input type="radio"/> andatura instabile <input type="radio"/> metastasi ossee <input type="radio"/> altro	<b>4</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della eliminazione intestinale dovuta a</b> <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Incontinenza  <input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione urinaria dovuta a</b> <input type="radio"/> Incontinenza	<b>5</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione di riposo/sonno dovuta a</b> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio <input type="radio"/> altro	<b>6</b>			
<input type="checkbox"/> <hr/>				
<input type="checkbox"/> <hr/>				

(\*) **P** = PEGGIORATO    **S** = STAZIONARIO    **M** = MIGLIORATO    **E** = ELIMINATO



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICHE - PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA E RIVALUTAZIONE BISOGNI IDENTIFICATI AL PRIMO ACCESSO**

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	STANDARD N. RO	VALUTAZIONE		
		DATA	STATO*	FIRMA
<input type="checkbox"/> <b>Deficit della cura del sé</b> <input type="radio"/> nell'alimentazione <input type="radio"/> nel vestirsi <input type="radio"/> nell'igiene del corpo <input type="radio"/> totale <i>correlato:</i> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> astenia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio	<b>1</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>2</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Presenza di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> lesione chirurgica <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>3</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di caduta correlato a:</b> <input type="radio"/> alterazioni sensoriali <input type="radio"/> confusione mentale <input type="radio"/> andatura instabile <input type="radio"/> metastasi ossee <input type="radio"/> altro	<b>4</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della eliminazione intestinale dovuta a</b> <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Incontinenza  <input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione urinaria dovuta a</b> <input type="radio"/> Incontinenza	<b>5</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione di riposo/sonno dovuta a</b> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio  <input type="radio"/> altro	<b>6</b>			
<input type="checkbox"/> <hr/>				
<input type="checkbox"/> <hr/>				

(\*) **P** = PEGGIORATO    **S** = STAZIONARIO    **M** = MIGLIORATO    **E** = ELIMINATO



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICHE - PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA E RIVALUTAZIONE BISOGNI IDENTIFICATI AL PRIMO ACCESSO**

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	STANDARD N. RO	VALUTAZIONE		
		DATA	STATO*	FIRMA
<input type="checkbox"/> <b>Deficit della cura del sé</b> <input type="radio"/> nell'alimentazione <input type="radio"/> nel vestirsi <input type="radio"/> nell'igiene del corpo <input type="radio"/> totale <i>correlato:</i> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> astenia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio	<b>1</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>2</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Presenza di lesioni cutanee causate da:</b> <input type="radio"/> lesione chirurgica <input type="radio"/> immobilità <input type="radio"/> insufficiente mobilità <input type="radio"/> altro	<b>3</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di caduta correlato a:</b> <input type="radio"/> alterazioni sensoriali <input type="radio"/> confusione mentale <input type="radio"/> andatura instabile <input type="radio"/> metastasi ossee <input type="radio"/> altro	<b>4</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della eliminazione intestinale dovuta a</b> <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Incontinenza  <input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione urinaria dovuta a</b> <input type="radio"/> Incontinenza	<b>5</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Alterazione della funzione di riposo/sonno dovuta a</b> <input type="radio"/> ansia <input type="radio"/> dolore <input type="radio"/> disagio  <input type="radio"/> altro	<b>6</b>			
<input type="checkbox"/> <hr/>				
<input type="checkbox"/> <hr/>				

(\*) **P** = PEGGIORATO    **S** = STAZIONARIO    **M** = MIGLIORATO    **E** = ELIMINATO









CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

DATA \_\_\_\_\_

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no  
**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua  
**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato  
**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_  
**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente  
**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no  
**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT  
**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg \_\_\_\_  incontinenza  stomia  
**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone  
 catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo  
**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato  
 Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_  
**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche  
**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole  
**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_  
Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

VARIAZIONI NELLA SITUAZIONE RELAZIONALE

- SI (SPECIFICARE)

\_\_\_\_\_

- NO





CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

DATA \_\_\_\_\_

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no  
**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua  
**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato  
**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_  
**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente  
**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no  
**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT  
**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg. \_\_\_\_  incontinenza  stomia  
**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone  
 catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo  
**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato  
 Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_  
**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche  
**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole  
**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_  
Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

VARIAZIONI NELLA SITUAZIONE RELAZIONALE

- SI (SPECIFICARE)  
\_\_\_\_\_
- NO





CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

DATA \_\_\_\_\_

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no  
**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua  
**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato  
**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_  
**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente  
**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no  
**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT  
**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg \_\_\_\_  incontinenza  stomia  
**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone  
 catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo  
**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato  
 Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_  
**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche  
**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole  
**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_  
Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

VARIAZIONI NELLA SITUAZIONE RELAZIONALE

- SI (SPECIFICARE)  
\_\_\_\_\_
- NO





CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

DATA \_\_\_\_\_

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no  
**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua  
**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato  
**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_  
**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente  
**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no  
**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT  
**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg. \_\_\_\_  incontinenza  stomia  
**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone  
 catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo  
**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato  
 Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_  
**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche  
**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole  
**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_  
Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

VARIAZIONI NELLA SITUAZIONE RELAZIONALE

- SI (SPECIFICARE)  
\_\_\_\_\_
- NO





CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ

RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

DATA \_\_\_\_\_

**MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO**

**Capacità di comprensione:**  sì  no **Orientamento spazio-temporale:**  sì  no  
**Memoria:**  normale  alterata **Linguaggio**  parla italiano  parla dialetto  parla altra lingua  
**Vista:**  normale  alterata **Udito:**  normale  alterato **Tatto:**  normale  alterato  
**Olfatto:**  normale  alterato **Gusto:**  normale  alterato

**MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO**

**Peso Kg:** \_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_  
**Alimentazione:**  normale  ridotta  assente **Appetito:**  normale  ridotto  assente  
**Idratazione:**  normale  ridotta  assente **Nausea:**  sì  no **Vomito:**  sì  no  
**Disfagia:**  no  solidi  liquidi  PEG  SNG  NPT  
**Dieta:**  ordinaria  semiliquida  liquida  per diabetici  aproteica  iposodica

**MODELLO DI ELIMINAZIONE**

**Intestinale:**  normale  diarrea  stipsi n. gg. \_\_\_\_  incontinenza  stomia  
**Urinaria:**  normale  oliguria  anuria  incontinenza  ritenzione  uro condom  pannolone  
 catetere vescicale ch. \_\_/\_\_/\_\_ applicato il \_\_/\_\_/\_\_  stomia

**MODELLO DI RIPOSO/SONNO**

**Ritmo sonno/veglia:**  regolare  irregolare fattori di disturbo \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO**

**Mobilità:**  autonomo  parzialmente autonomo  
**Respiro:**  eupnoico  dispnoico  con tosse  con escreato  
 Tracheotomia  O<sub>2</sub> terapia  altro \_\_\_\_\_  
**Cute:**  rosea  pallida  cianotica  itterica **Mucose:**  rosee  pallide  cianotiche  
**Edemi:**  superiori  inferiori

**MODELLO DI PERCEZIONE E TOLLERANZA ALLO STRESS**

**Conoscenza della malattia:**  consapevole  parzialmente consapevole  inconsapevole  
**Livello di ansia:**  lieve  moderato  grave  panico

**MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI**

Bisogni religiosi particolari \_\_\_\_\_  
Restrizioni legate alla religione  no  sì quali \_\_\_\_\_

**MODELLO DI RELAZIONE**

VARIAZIONI NELLA SITUAZIONE RELAZIONALE

- SI (SPECIFICARE)  
\_\_\_\_\_
- NO







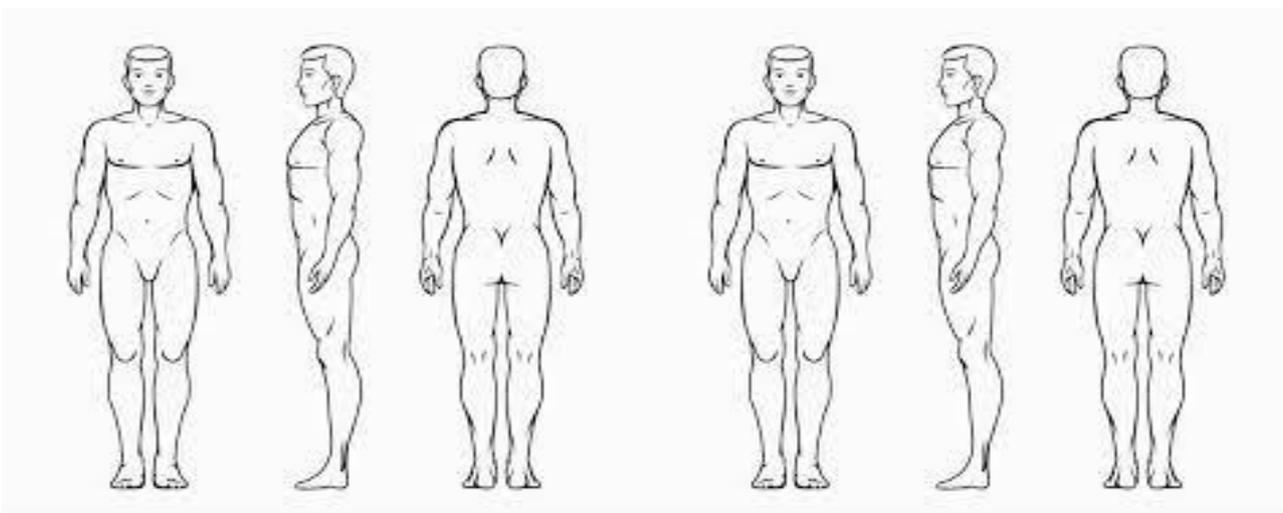


**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**GESTIONE MEDICAZIONE ULCERE DA DECUBITO**

<b>DATA</b>	<b>SEDE</b>	<b>MEDICAZIONE</b>	<b>NOTE</b>	<b>FIRMA</b>

<b>DESTRA</b>	<b>SINISTRA</b>
---------------	-----------------



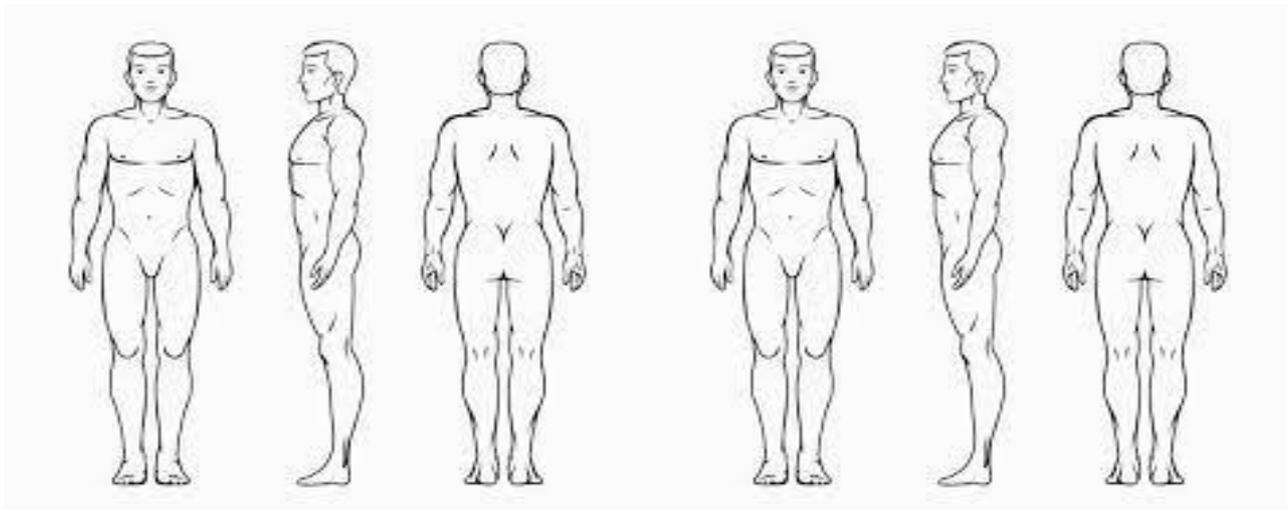


**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**GESTIONE MEDICAZIONE ULCERE DA DECUBITO**

<b>DATA</b>	<b>SEDE</b>	<b>MEDICAZIONE</b>	<b>NOTE</b>	<b>FIRMA</b>

<b>DESTRA</b>	<b>SINISTRA</b>
---------------	-----------------



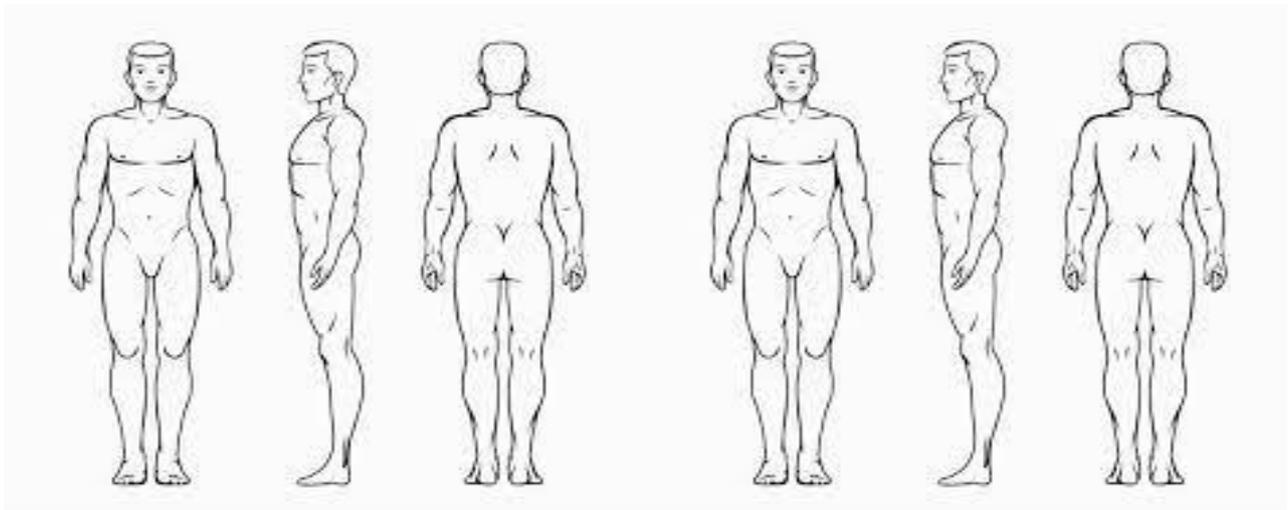


**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

**GESTIONE MEDICAZIONE ULCERE DA DECUBITO**

<b>DATA</b>	<b>SEDE</b>	<b>MEDICAZIONE</b>	<b>NOTE</b>	<b>FIRMA</b>

<b>DESTRA</b>	<b>SINISTRA</b>
---------------	-----------------





**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	



**CARTELLA INFERMIERISTICA  
CASA DI COMUNITÀ**

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	

<b>SCHEDA BILANCIO IDRICO</b>					
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>ENTRATE</b>	<b>Terapia infusionale</b>				
	<b>Diluizioni per farmaci</b>				
	<b>NPT/NPP</b>				
	<b>Sangue/Emoderivati</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>DATA</b>		<b>07.00 - 14.00</b>	<b>14.00 - 21.00</b>	<b>21.00 - 07.00</b>	<b>TOTALE</b>
<b>USCITE</b>	<b>Urine</b>				
	<b>Feci</b>				
	<b>Vomito</b>				
	<b>Drenaggi</b>				
	<b>Varie</b>				
	<b>TOTALE</b>				
<b>Bilancio delle 24 ore</b>				<b>+ / -</b>	





