

MODELLO DI RACCOLTA DATI RISPETTO AI BISOGNI DI SALUTE

cod.: md CD08

Gestione della salute/malattia <input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> delegante <input type="checkbox"/> dipendente	Consapevolezza della malattia <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> altro	Attività lavorativa <input type="checkbox"/> in attività <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> altro	Ruolo nella famiglia <input type="checkbox"/> prende decisioni <input type="checkbox"/> partecipa alle decisioni <input type="checkbox"/> altro
Orientamento <input type="checkbox"/> lucido <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> altro	Linguaggio <input type="checkbox"/> fluente <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro	Deficit di memoria <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Alterazioni sensoriali <input type="checkbox"/> gusto <input type="checkbox"/> olfatto <input type="checkbox"/> tatto <input type="checkbox"/> udito <input type="checkbox"/> vista
Dolore <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Sonno <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> insonnia <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> accorgimenti	Respirazione <input type="checkbox"/> eupnoico <input type="checkbox"/> dispnea <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> cianosi <input type="checkbox"/> altro	Massa muscolare <input type="checkbox"/> trofica <input type="checkbox"/> atrofica <input type="checkbox"/> ridotta <input type="checkbox"/> flaccida <input type="checkbox"/> altro
Dieta rispetto al fabbisogno <input type="checkbox"/> equilibrata <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> inferiore <input type="checkbox"/> indicazioni dietetiche	Nutrizione alterata <input type="checkbox"/> appetito aumentato/diminuito <input type="checkbox"/> masticazione <input type="checkbox"/> deglutizione <input type="checkbox"/> peso aumentato / diminuito <input type="checkbox"/> nausea/vomito <input type="checkbox"/> altro	Cute <input type="checkbox"/> trofica <input type="checkbox"/> secca <input type="checkbox"/> lesioni <input type="checkbox"/> altro	Cavo orale <input type="checkbox"/> integro <input type="checkbox"/> arrossato <input type="checkbox"/> secco <input type="checkbox"/> lesioni <input type="checkbox"/> infezione <input type="checkbox"/> altro
Alvo <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> diarroico <input type="checkbox"/> stitico <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> accorgimenti		Eliminazione urinaria <input type="checkbox"/> continenza <input type="checkbox"/> incontinenza <input type="checkbox"/> ritenzione <input type="checkbox"/> altro	
Grado di autonomia nelle attività quotidiane			
Mobilità: • deambulare <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto • cambio postura <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto • sta seduto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto	• passaggio letto/carrozzina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto • sta eretto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto • sale e scende le scale <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> con aiuto	Alimentazione: <input type="checkbox"/> mangia/beve da solo <input type="checkbox"/> mangia/beve con aiuto <input type="checkbox"/> viene imboccato Igiene personale: <input type="checkbox"/> si lava da solo <input type="checkbox"/> si lava con aiuto <input type="checkbox"/> deve essere lavato	
Altri dati rilevanti da segnalare			

1° visita domiciliare infermieristica

[illegible]

Autori/Revisori: Pace, Stradella, Bertuzzi
Rev. Dicembre 08

pag. 2 di 2

DATA

FIRMA INFERMIERE