

CARTELLA INFERMIERISTICA

PIASTRE CHIRURGICHE - P.O. MARTINI

Cognome: _____ Nome: _____ Data nascita: ____/____/____

Collaborante Si ☐ No ☐ Disabile ☐ Pediatrico ☐

Allergie: NEGA ☐ SI ☐ Specificare _____

Monitoraggio: FC: _____ bpm NIBP: _____ mmHg Spo₂: _____ %

☐ AA
☐ O₂ _____

FIRMA

Accesso Venoso Sede: Arto sup ☐ DX ☐ SX Gauge: _____

Arto inf ☐ DX ☐ SX

FIRMA

Terapia Antibiotica: NO ☐ SI ☐ Specificare _____ Ora: _____

FIRMA

Presidi Anti-Decubito: NO ☐ SI ☐ Gel ☐ Schiuma ☐ Memory Foam ☐

Posizionato: Coperta Termica ☐ Linea infusioneale calda ☐

SNG ☐ Ch _____ C V ☐ Ch _____ Rimosso a fine I.C.: NO ☐ SI ☐ DIURESI INIZIALE _____ ml DIURESI FINALE _____ ml

Tourniquet: arto _____ minuti _____

Drenaggi: NO ☐ SI ☐ N. _____ ch _____ ASP ☐ CAD ☐

FIRMA

NOTE
