

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** _____

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.	
		Data Ora
FIRMA PER RICEVUTA	<input type="text"/>	

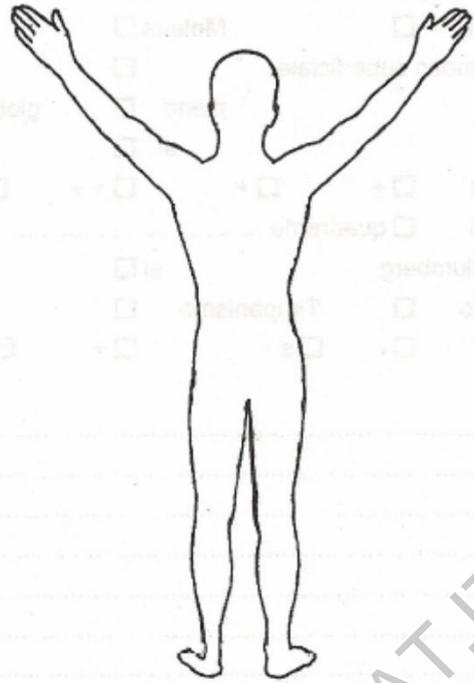
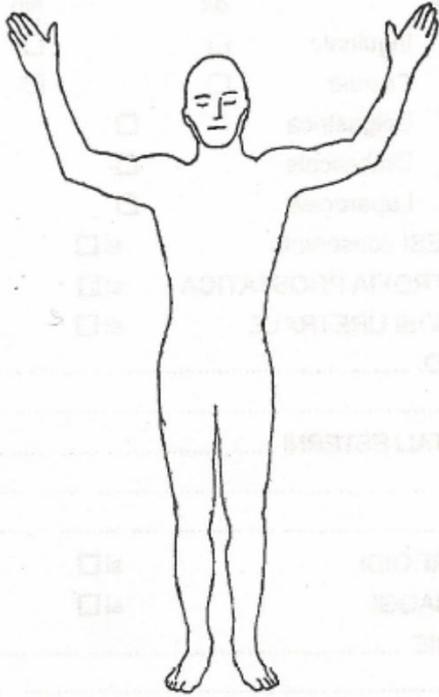
ALLERGIE RIFERITE	<input type="checkbox"/> Farmaci e/o mezzi di contrasto _____
	<input type="checkbox"/> Alimenti _____
	<input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> Non nota _____

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.

Firma Infermiere (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"/>		MASCHERA		<input type="checkbox"/>		lt/m		
	I.O.T.		<input type="checkbox"/> mis.		OCCHIALINI		<input type="checkbox"/>		lt/m		
	I.N.T.		<input type="checkbox"/> mis.		C/PAP		<input type="checkbox"/>		FiO ₂		
	TRACHOTOMIA		<input type="checkbox"/> mis.		ALTRO						
	SPO2										
	F.R.										
CIRCULATION											
C	P.A.	mmHg.				DIURESIS		NORMALE <input type="checkbox"/>			
	F.C.	b/min						CONTRATTA <input type="checkbox"/>			
	T.C.	°C						OLIGANURIA <input type="checkbox"/>			
							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				1			
	Paziente sonnolento, reagisce prontamente a una lieve pressione sulla gabbella o ad un forte stimolo sonoro			3				2			
	Paziente molto sonnolento, torpidamente ad una lieve pressione sulla gabbella o ad un forte stimolo sonoro			4				3			
	Il paziente non risponde alla lieve pressione sulla gabbella, né a fronte stimolo sonoro ma reagisce allo stimolo doloroso			5				4			
	Nessuna risposta allo stimolo			6				4			
	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"/>		COLONSTOMIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	S.N.G.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ILEOSTOMIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
	PACE-MAKER		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		UROSTOMIA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <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		
Firma Infermiere						Data					
(che accetta il ricovero)											

INDICE DI MISURA ALVO

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

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
PERCEZIONE SENSORIALE	NON LIMITATA	LEGGERMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	TOTALMENTE LIMITATA
UMIDITA'	RARAMENTE BAGNATA	OCCASIONALMENTE BAGNATA	SPESSO BAGNATA	COSTANTEMENTE BAGNATA
ATTIVITA'	CAMMINA FREQUENTEMENTE	CAMMINA OCCASIONALMENTE	IN POLTRONA	ALLETTATO
MOBILITA'	LIMITAZIONI ASSENTI	PARZIALMENTE LIMITATA	MOLTO LIMITATA	COMPLETA IMMOBILITA'
NUTRIZIONI	ECCELLENTE	ADEGUATA	PROBABILMENTE INADEGUATA	MOLTO POVERA
FRIZIONAMENTO E SCIVOLAMENTO		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 TOT/TNT	Posizionato il	Tipo						
	<input type="text"/>	N°						
	Rimosso il	<input type="text"/>						
Firma Infermiere								

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDAGINE CULTURALI

INDAGINE CULTURALI										
BRONCOASPIRATO	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>	
URINOCOLTURA	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>	
EMOCOLTURA CVC	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>	
EMOCOLTURA PERIFERICA	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>	
TAMPONE RETTALE	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>	
TAMPONE NASALE	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										
COLTURA PUNTA CVC	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>	
COLTURA PUNTA ARTERIA	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>	
COLTURA PUNTA CATETERE VESICALE	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>	
COLTURA PUNTA CATETERE DIALISI	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

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 ₂	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 SI NO

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

MOBILIZZAZIONE NON ATTUABILE VARIAZIONE DECUBITI MOB. SPONTANEA

FIRMA INFERMIERE _____

FIRMA COORDINATORE _____

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT

TASCA