



A.O.U. Città della Salute  
e della Scienza

Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie  
**Corso di Laurea in  
Infermieristica**



Università degli Studi di Torino  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

## SCHEDA PER L'ACCERTAMENTO

<b>Studente</b>							
<b>Anno Accademico</b>	201_/201_	<b>Anno di corso</b>		<b>Stage</b>			
		1°		I	II	III	R
		2°					
3°							
<b>Tutor</b>							
<b>Sede di Tirocinio</b>		<b>Unità Operativa</b>					

## SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Et  \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Persona da contattare \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ricovero: Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_  
 Provenienza da:  Casa  DEA/Pronto soccorso  Struttura per lungodegenti  Altro  
 Modalit  di arrivo:  Sedia a rotelle  Ambulanza  Barella

Modalit  di ricovero:  Programmato  Urgente  
 Motivo del ricovero \_\_\_\_\_  
 Patologia principale \_\_\_\_\_  
 Patologie concomitanti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ultimo ricovero in ospedale: Data \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Farmaci assunti al momento del ricovero:

NOME COMMERCIALE	PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	ORARIO

### MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

**Dati soggettivi (riferiti)**

Consumo di:

- Tabacco:  SI  NO Numero sigarette/giorno \_\_\_\_\_  
 Ha smesso (data) \_\_\_\_\_
- Alcool:  SI  NO Tipo/quantit  \_\_\_\_\_  al giorno  occasionalmente
- Altro:  SI  NO Tipo \_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_

Allergie note (farmaci, alimenti, cerotto, vernici) \_\_\_\_\_  
 Si sono gi  manifestate delle reazioni?  NO  SI  
 Quando? \_\_\_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_

Conosce la causa della sua malattia?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## MODELLO NUTRIZIONALE-METABOLICO

### Dati oggettivi (dimostrati)

Peso attuale \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_

BMI = peso Kg/altezza (m)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Sottopeso <20 ;  Normopeso 20 - 25 ;  Sovrappeso 26 - 30  
 Obesità 31 - 40 ;  Grandi obesi >41

Peso abituale \_\_\_\_\_ Variazioni di peso

negli ultimi 6 mesi:  NO  SI Kg di aumento/perdita \_\_\_\_\_

Uso di diuretici:  NO  SI

Quali? \_\_\_\_\_

Protesi dentarie:  NO  SI Superiore:  Parziale  Completa

Inferiore:  Parziale  Completa

Problemi di deglutizione (disfagia):  NO  SI  Solidi  Liquidi

### Dati soggettivi (riferiti)

Appetito:  Normale  Aumentato  Diminuito  Disgeusia  Nausea  Vomito

Dieta speciale/integratori:  NO  SI

Restrizioni culturali/religiose:  NO  SI

Brucciori/cattiva digestione:  NO  SI

Correlato a \_\_\_\_\_ Alleviato da \_\_\_\_\_

Preferenze alimentari \_\_\_\_\_

Cibi vietati \_\_\_\_\_

Allergie/intolleranza a cibi:  NO  SI

Quali? \_\_\_\_\_

## MODELLO DI ELIMINAZIONE

### Abitudini intestinali

#### Dati soggettivi (riferiti)

Nei limiti della norma  Stipsi  Diarrea  Incontinenza

Numero di evacuazioni/giorno: \_\_\_\_\_ Data ultima evacuazione: \_\_\_\_\_

Uso di lassativi:  NO  SI

Quali? \_\_\_\_\_

Storia di sanguinamento:  NO  SI Emorroidi:  NO  SI Ragadi:  NO  SI

#### Dati oggettivi (dimostrati)

Addome:  Trattabile  Teso

Sangue occulto nelle feci:  NO  SI

Suoni addominali: Localizzazione: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Presenza di stomia:  NO  SI Tipo \_\_\_\_\_ Sacchetto \_\_\_\_\_

Data di confezionamento della stomia: \_\_\_\_\_

### Abitudini urinarie

#### Dati soggettivi (riferiti)

Nei limiti della norma  Disuria  Stranguria  Nicturia  Enuresi

Incontinenza:  NO  SI

Totale  Diurna  Notturna  Occasionale  Funzionale  Da urgenza

Uso di diuretici:  NO  SI Quali? \_\_\_\_\_

Storia di malattia renale/vescicale:  NO  SI \_\_\_\_\_

#### Dati oggettivi (dimostrati)

Presenza di globo vescicale:  NO  SI

Presenza di catetere vescicale:  NO  SI

A permanenza Tipo \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

A intermittenza Tipo \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

Presenza di mutanda/pannolone per incontinenza:  NO  SI

Presenza di derivazione urinaria:  NO  SI Tipo: \_\_\_\_\_ Sacchetto \_\_\_\_\_

Data di confezionamento della derivazione: \_\_\_\_\_

Alterazione della diuresi:  Anuria  Oliguria  Poliuria  Pollachiuria  Ematuria

## MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO

### Dati soggettivi (riferiti)

#### *Livello di Capacità di cura di sé percepito*

0 = Indipendente

1 = Necessita uso di attrezzatura o dispositivi/ausili

2 = Necessita aiuto op supervisione da parte di un'altra persona

3 = Necessita di aiuto o supervisione da parte di un'altra persona e di attrezzature o dispositivi/ausili

4 = Dipendente/disabile e non partecipativo

	0	1	2	3	4
Mangiare/bere					
Pulizie personali					
Vestirsi/cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					
Salire le scale					
Fare la spesa					
Cucinare					
Cura della casa					

Ausili:  SI [ Stampelle    Comoda    Deambulatore    Bastone    Sedia a rotelle    Tutore]  
 NO

Occupazione lavorativa pregressa \_\_\_\_\_ Attuale \_\_\_\_\_

Attività nel tempo libero/Hobby \_\_\_\_\_

Svolge abitualmente esercizio fisico?  NO    SI

Lo ripete con regolarità? \_\_\_\_\_

Negli ultimi mesi si sono verificati: andatura instabile, vertigini, perdita di coscienza, cadute?  NO    SI

#### **Valutazione della dispnea percepita**

##### SCALA DI CLASSIFICAZIONE DELLA DISPNEA

Grado	Descrizione
0	Nessuna difficoltà a respirare, tranne quando esegue attività fisica pesante
1	Mancanza di respiro quando cammina veloce in piano o cammina in leggera salita
2	Cammina più lentamente in piano, gli manca più frequentemente il respiro rispetto ai coetanei oppure deve fermarsi per respirare quando cammina in piano col proprio passo
3	Si ferma per respirare quando cammina per circa 90 metri in piano
4	Troppo dispnoico per uscire di casa o mancanza di respiro quando si veste o si sveste

##### SCALA DI VALUTAZIONE DELLA TOLLERANZA ALL'ATTIVITA'

Grado	Limitazione	Indicazioni
1	Assenza di limitazioni	L'attività fisica normale non provoca affaticamento indesiderato, palpitazioni, dispnea o angina
2	Lieve limitazione	Nessun problema a riposo. L'attività fisica normale provoca affaticamento indesiderato, palpitazioni, dispnea o angina
3	Sensibile limitazione	Nessun problema a riposo. L'attività fisica inferiore a quella considerata normale provoca affaticamento indesiderato, palpitazioni, dispnea o angina
4	Forte limitazione	Incapacità ad eseguire qualunque attività fisica senza problemi. Possono essere presenti sintomi di insufficienza cardiaca o di tipo anginoso anche a riposo



## MODELLO DI PERCEZIONE - CONCETTO DI SE

### Dati soggettivi (riferiti)

Secondo lei, che cosa può aver causato la malattia per la quale è stato ricoverato?

---

---

Che cosa pensa che succederà durante il ricovero?

---

---

Quali sono le sue preoccupazioni sull'ospedalizzazione o sulla malattia (ad es. finanziarie, per la cura di sé)?

---

---

Ha subito delle perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno?  NO  SI

---

## MODELLO DI SESSUALITA'/PRIPRODUZIONE

### Donna

#### Dati soggettivi (riferiti)

Ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Attualmente gravida:  NO  SI

Mese di gestazione \_\_\_\_\_

Menopausa:  NO  SI

Terapia sostitutiva ormonale in corso:  NO  SI

Uso di contraccettivi:  NO  SI

Interventi chirurgici pregressi: \_\_\_\_\_

### Uomo

#### Dati soggettivi (riferiti)

Problemi alla prostata:  NO  SI

Quali? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici pregressi \_\_\_\_\_

Terapia ormonale:  NO  SI

## MODELLO DI RUOLI E RELAZIONI

### Dati soggettivi (riferiti)

Stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  convivente  vedovo/a  divorziato/a

Figli:  NO  SI n° \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Elementare  Scuola media inferiore  Scuola media superiore  Laurea  Altro

Condizione lavorativa:  Occupato  Disoccupato

Invalidità:  NO  SI \_\_\_\_\_

Sistema di supporto:  Nessuno  Coniuge  Vicini/amici  Famiglia  Altro

## MODELLO DI VALORI-CREDENZE

### Dati soggettivi (riferiti)

Religione \_\_\_\_\_

Restrizioni legate alla religione:  NO  SI

Ha richiesto la visita del sacerdote (pastore, rabbino, altro):  NO  SI \_\_\_\_\_



## CLINICO-ASSISTENZIALI PRIORITARI

1. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....

2. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....

3. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....

4. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....

5. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....

6. ....

CORRELATO A .....

CHE SI MANIFESTA CON.....



**PROBLEMI ASSISTENZIALI**

PROBLEMA N.	INTERVENTI	VALUTAZIONE

PROBLEMA N.	INTERVENTI	VALUTAZIONE

PROBLEMA N.	INTERVENTI	VALUTAZIONE

PROBLEMA N.	INTERVENTI	VALUTAZIONE

PROBLEMA N.	INTERVENTI	VALUTAZIONE

**Data**

\_\_\_\_\_

**Firma studente**

\_\_\_\_\_