



Scheda raccolta dati tirocinio gennaio I anno

Composizione dell'équipe

Figura professionale	Numero totale	Ruolo/funzioni
Coordinatore infermieristico Nome _____ Cognome _____		
Infermiere		
Tutor clinico Nome _____ Cognome _____		
Tutor supervisore Nome _____ Cognome _____		
OSSS		
Impiegato amministrativo		
Medico		
Altro _____		

Caratteristiche strutturali del reparto

Camere di degenza	Numero	N. pazienti per camera
Servizi igienici	<input type="checkbox"/> in camera	<input type="checkbox"/> separati dalla camera di degenza
Ambienti comuni	<i>Elenco</i>	<i>Descrizione – funzioni</i>
	<i>Soggiorno per i pazienti</i>	
	<i>Medicheria</i>	
	<i>Cucina</i>	
	<i>Spogliatoi</i>	
	<i>Uffici</i>	

Allegato n.1

	<i>Magazzini</i>	
	<i>Locali di servizio</i>	
	<i>Altro</i> _____	
Strumenti di comunicazione		
<i>Carteggio infermieristico</i>	Descrizione dello strumento e del suo utilizzo	
Cartella	Chi compila la cartella? _____ _____ _____	
	Quando viene compilata? _____ _____ _____	
	Chi partecipa alla compilazione? _____ _____ _____	
	Quando viene discussa? _____ _____ _____	
Piano di assistenza	<input type="checkbox"/> Scheda accertamento <input type="checkbox"/> Presenza di modello concettuale di riferimento <input type="checkbox"/> Scale di valutazione: _____ _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Elenco dei problemi <input type="checkbox"/> Elenco dei problemi in ordine di priorità <input type="checkbox"/> Definizione degli obiettivi <input type="checkbox"/> Definizione degli interventi <input type="checkbox"/> Utilizzo dei piani standard <input type="checkbox"/> Verifica dei risultati	
Scheda di medicazione	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Non Presente
Schema diete	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Non Presente
Scheda di terapia	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Non Presente

