



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

OSPEDALE DI CARPI

Regione Emilia-Romagna

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Presidio Ospedaliero NORD  
comprendente gli Ospedali di:  
Carpi, Mirandola e Finale E.

OSPEDALE DI CARPI  
Sede Amm.va: Via Molinari, 2 - 41012 Carpi (Mo)  
P.IVA - Cod. Fisc.: 02241850367  
Centralino: ☎ 059 - 65.91.11

AREA DI MEDICINA

NEUROLOGIA

MEDICINA II°

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Per comunicazioni urgenti rivolgersi a: \_\_\_\_\_

(cognome, nome, grado di parentela, telefono)

Entra il \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Ricovero Urgente

Entra il \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Trasferimento

Ricovero Programmato

Diagnosi medica di ingresso \_\_\_\_\_

Ricoveri precedenti  NO  SI

(specificare il reparto e l'eventuale ospedale)

Richiesta cartella precedente  NO  SI

(data di inoltro della richiesta)

<u>Stato civile</u>	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<u>Modalità di vita</u>	<input type="checkbox"/> in famiglia
	<input type="checkbox"/> celibe/nubile		<input type="checkbox"/> da solo
	<input type="checkbox"/> vedovo/a		<input type="checkbox"/> case protette
	<input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> altro _____
<u>Professione</u>	<input type="checkbox"/> _____	<u>Protesi</u>	<input type="checkbox"/> dentaria <input type="checkbox"/> oftalmica
	<input type="checkbox"/> pensionato/a		<input type="checkbox"/> acustica <input type="checkbox"/> altro

### DATI SANITARI

Allergie  non riferite  
 riferite \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Iipertensione  non conosciuta  
 in trattamento  
 altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diabete  
 non riferito  
 riferito  insulinodipendente \_\_\_\_\_  
 ipoglicemizzanti orali \_\_\_\_\_  
 dieta \_\_\_\_\_

Cardiopatia  non conosciuta  
 riferita  Pace Maker  
 Cerotto TNT  
 Terapia Os \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Portatori di stomie  NO  SI note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DATI RELATIVI ALL'INGRESSO

P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ T.C.° C \_\_\_\_\_

Stato di coscienza  Vigile  Assopito \_\_\_\_\_  
 Confuso  Comatoso \_\_\_\_\_

Cute  Normale  Pallida  Cianotica  
 Sudata  Disidratata  Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Respiro  Eupnoico  Dispnoico  
 Periodico  O<sub>2</sub> Terapia \_\_\_\_\_

Mobilizzazione ed igiene personale  Autonomo  Con aiuto \_\_\_\_\_  
 Allettato  Con ausili \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alimentazione  Autonomo  Con aiuto \_\_\_\_\_  
 S.N.G.  P.E.G.  N.T.P. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eliminazione URINARIA  Autonomo  Incontinente  
 Catetere v. Tipo \_\_\_\_\_  
Posizionato il \_\_\_\_\_

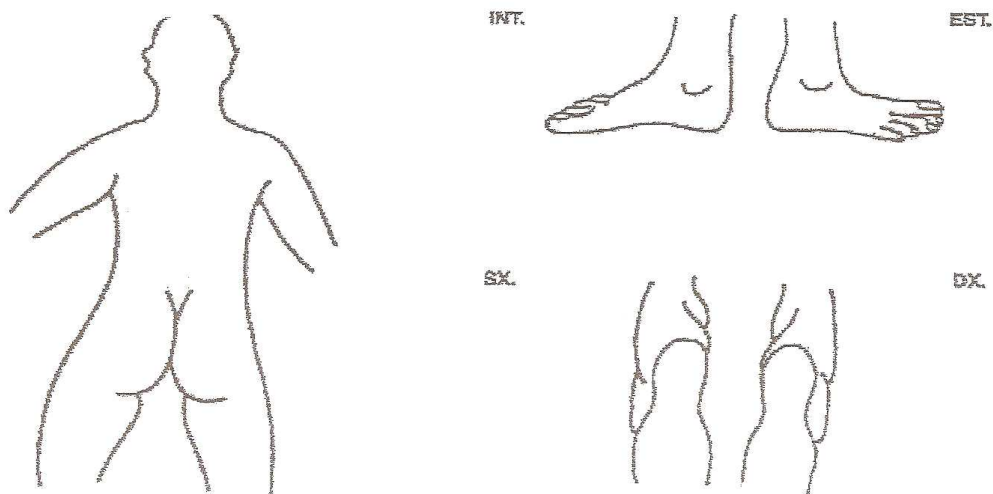
Eliminazione FECALE  Regolare  Stipsi  Diarrea  
 Assunzione abituale lassativi \_\_\_\_\_

Decubiti  NO  SI Sede \_\_\_\_\_  
Caratteristiche \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dell'infermiere che fa l'accoglienza \_\_\_\_\_

## PREVENZIONE LESIONE DA DECUBITO



CONDIZ. GENERALI		STATO MENTALE		DEAMBULAZIONE		MOBILITÀ		INCONTINENZA	
BUONE	4	LUCIDO	4	NORMALE	4	NORMALE	4	ASSENTE	4
DISCRETE	3	APATICO	3	CON AIUTO	3	SUFFICIENTE	3	OCCASIONALE	3
SCADENTI	2	CONFUSO	2	SU SEDIA	2	LIMITATA	2	URINA	2
PESSIME	1	INCOSCIENTE	1	A LETTO	1	IMMOBILE	1	DOPPIA	1

PUNTEGGIO SCALA NORTON \_\_\_\_\_ RISCHIO ELEVATO < 11    RISCHIO LIEVE DA 14 A 12

LESIONE PRESENTE ALL'INGRESSO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

SEDE	STADIO I°	STADIO II°	STADIO III°	DIAMETRO cm
SACRO	_____	_____	_____	_____
TALLONI	_____	_____	_____	_____
ALTRO _____	_____	_____	_____	_____

### MEDICAZIONE

I° STADIO = LAVARE LA REGIONE ED ASCIUGARLA BENE, USARE VASELLINA O CREMA BASE, NON FRIZIONARE LA PARTE ARROSSATA E NON USARE CREME TIPO HUMANA

II° STADIO = LAVARE LA L.D.D. CON FISIOLGICA TAMPONANDO LEGGERMENTE ED APPLICARE SOFARGEN CREMA... NON USARE AMUCHINA O BETADINE perché CITOTOSSICI SOLO IN CASO DI LESIONE INFETTA SI PUÒ USARE IL BETADINE CHE PERÒ VA RIMOSSO CON FISIOLGICA. SE LA LESIONE È MOLTO SECERNENTE NON METTERE PLACCHE DI ALLEVYN, MA DOPO IL SOFARGEN METTERE GARZA GRASSA NON IODATA E GARZE STERILI E COPRIRE CON OPSYTE.

III° STADIO = COME NEGLI ALTRI STADI DETERGERE LA LESIONE CON FISIOLGICA E PULIRLA DA EVENTUALI RESIDUI DI CUTE SECCA O ALTRO.

MEDICARE CON SOFARGEN NELLE PARTI GRANULEGGIANTI, SE PRESENTE NECROSI METTERE SOLO SU QUELLA NORUXOL POMATA (ATTENZIONE CHE NON VADA SUL TESSUTO GRANULEGGIANTE PERCHÈ CITOLITICO) COPRIRE CON GARZE STERILI O PLACCA.





Cognome .....letto..... Med II.....Neuro.....Data.....turno.....		Data.....turno.....	Data.....turno.....	OSSERVAZI
<b>Parametri vitali</b>	P.A..... SPO2 Temp.....	P.A..... SPO2 Temp.....	P.A..... SPO2 Temp.....	
<b>Respirazione</b>	<input type="checkbox"/> O2 lt.... <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> saturimetro <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> aspirazione al bisogno	<input type="checkbox"/> O2 lt.... <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> saturimetro <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> aspirazione al bisogno	<input type="checkbox"/> O2 lt.... <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> saturimetro <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> aspirazione al bisogno	
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> libera <input type="checkbox"/> dieta..... <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NPT ml/h.....	<input type="checkbox"/> libera <input type="checkbox"/> dieta..... <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NPT ml/h.....	<input type="checkbox"/> libera <input type="checkbox"/> dieta..... <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NPT ml/h.....	
<b>Accessi venosi</b> <b>Infusioni continue</b>	<input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> port-a-cath <input type="checkbox"/> medicato <input type="checkbox"/> eparinato ..... .....	<input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> port-a-cath <input type="checkbox"/> medicato <input type="checkbox"/> eparinato ..... .....	<input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> port-a-cath <input type="checkbox"/> medicato <input type="checkbox"/> eparinato ..... .....	
<b>Mobilizzazione</b>	<input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> deambulazione assistita <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> gambe giù <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> materassino	<input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> deambulazione assistita <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> gambe giù <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> materassino	<input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> deambulazione assistita <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> gambe giù <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> materassino	
<b>Diuresi e alvo</b> <b>A</b> applicato <b>S</b> sostituito <b>R</b> rimosso + positivo -- negativo	<input type="checkbox"/> diuresi <input type="checkbox"/> padella . <input type="checkbox"/> catetere..... <input type="checkbox"/> pappagallo. <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> ematuria <input type="checkbox"/> conveen <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> uro <input type="checkbox"/> colon <input type="checkbox"/> clistere..... <input type="checkbox"/> ER... <input type="checkbox"/> purga <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> melena	<input type="checkbox"/> diuresi <input type="checkbox"/> padella <input type="checkbox"/> catetere..... <input type="checkbox"/> pappagallo. <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> ematuria <input type="checkbox"/> conveen <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> uro <input type="checkbox"/> colon <input type="checkbox"/> clistere..... <input type="checkbox"/> ER... <input type="checkbox"/> purga <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> melena	<input type="checkbox"/> diuresi <input type="checkbox"/> padella <input type="checkbox"/> catetere..... <input type="checkbox"/> pappagallo. <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> ematuria <input type="checkbox"/> conveen <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> uro <input type="checkbox"/> colon <input type="checkbox"/> clistere..... <input type="checkbox"/> ER... <input type="checkbox"/> purga <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> melena	
<b>Stato di coscienza</b>	<input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> disorientato T/S <input type="checkbox"/> assopito <input type="checkbox"/> coma	<input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> disorientato T/S <input type="checkbox"/> assopito <input type="checkbox"/> coma	<input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> disorientato T/S <input type="checkbox"/> assopito <input type="checkbox"/> coma	
<b>Riposo di notte</b>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco	
<b>Cadute</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inviata denuncia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inviata denuncia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inviata denuncia	
<b>Esami Campioni</b> <b>P</b> preparazione <b>R</b> raccolta	inizia... .. continua... .. termina... ..	inizia... .. continua... .. termina... ..	inizia... .. continua... .. termina... ..	
<b>Punture esplorative</b>	<input type="checkbox"/> toracentesi <input type="checkbox"/> paracentesi <input type="checkbox"/> rachicentesi <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> biopsia..... ml.....	<input type="checkbox"/> toracentesi <input type="checkbox"/> paracentesi <input type="checkbox"/> rachicentesi <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> biopsia..... ml.....	<input type="checkbox"/> toracentesi <input type="checkbox"/> paracentesi <input type="checkbox"/> rachicentesi <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> biopsia..... ml.....	
<b>Trasfusioni</b>	<input type="checkbox"/> eritrociti <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> piastrine	<input type="checkbox"/> eritrociti <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> piastrine	<input type="checkbox"/> eritrociti <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> piastrine	
<b>Dolore</b>	.....	.....	.....	
<b>Sintomatologie particolari</b>	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	
<b>Firma infermiere</b>				

# LEGENDA

## LEGENDA CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome .....letto..... Med II.....Neuro.....Data.....turno.....	
<b>Parametri vitali</b>	P.A..... SPO2 Temp.....
<b>Respirazione</b>	<input type="checkbox"/> O2 lt.... <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> SNF <input type="checkbox"/> saturimetro <input type="checkbox"/> tracheo <input type="checkbox"/> aspirazione al bisogno
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> libera <input type="checkbox"/> dieta..... <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NPT ml/h.....
<b>Accessi venosi</b>	<input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> port-a-cath <input type="checkbox"/> medicato <input type="checkbox"/> eparinato <input type="checkbox"/> .....
<b>Infusioni continue</b>	.....
<b>Mobilizzazione</b>	<input type="checkbox"/> autosufficiente <input type="checkbox"/> deambulazione assistita <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> gambe giù <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> materassino
<b>Diuresi e alvo</b>	<input type="checkbox"/> diuresi <input type="checkbox"/> padella . <input type="checkbox"/> catetere..... <input type="checkbox"/> pappagallo <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> ematuria <input type="checkbox"/> conveen <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> uro <input type="checkbox"/> colon <input type="checkbox"/> clistere..... <input type="checkbox"/> ER... <input type="checkbox"/> purga <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> melena
<b>Stato di coscienza</b>	<input type="checkbox"/> ansia <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> disorientato T/S <input type="checkbox"/> assopito <input type="checkbox"/> coma
<b>Riposo di notte</b>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> poco
<b>Cadute</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inviata denuncia
<b>Esami Campioni</b>	inizia... .. continua ..... termina.....
<b>P</b> preparazione <b>R</b> raccolta	

Cognome.....letto.....  
Med II....Nuro...data.....turno...

**TUTTI CAMPI OBBLIGATORI  
NEL TURNO METTERE M-P-N**

<b>Parametri vitali</b>	PA:segnare tutte le rilevazioni eseguite;eventuali rilevazioni multiple segnare in OSSERVAZIONI
<b>Respirazione</b>	segnare i litri (lt) al minuto e le opzioni adottate
<b>Alimentazione</b>	in DIETA scrivere il tipo ( per es 81 )
<b>Infusioni continue</b>	-segnare tipo elastomero ( per es: SINGLE DAY ) -Se in pompa a quanti ml/ora
<b>Mobilizzazione</b>	per deambulazione assistita si intende anche l'alzata per il bagno e ai pasti
<b>Diuresi e alvo</b>	-in diuresi fare la crocetta se il pz. è in diuresi -per catetere scrivere secondo legenda e tipo di catetere -per clistere e E:R: segnare + o - a seconda se positivo o negativo <b>Se da eseguire il turno successivo segnare in OSSERVAZIONI</b>
<b>Stato di coscienza</b>	-segnare solo se alterato Disorientato T/S =disorientato nel tempo e nello spazio
<b>Cadute</b>	segnare solo se cade e se inviata la denuncia obbligatoria in Direzione Sanitaria ( 3 copie di cui 1 in Direzione ,1 in cartella ,1 alla Capo sala)
<b>Esami campioni</b>	scrivere la sigla P ( preparazione ) o R ( raccolta )di fianco all'opzione INIZIA -CONTINUA. TERMINA e il tipo d'esame o materiale





# LEGENDA

<b>Punture esplorative</b>	<input type="checkbox"/> toracentesi <input type="checkbox"/> paracentesi <input type="checkbox"/> rachicentesi <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> biopsia..... ml.....	Punture esplorative	-fare la crocetta sul tipo di puntura -in biopsia scrivere la sede -in ml.....la quantità di liquidi prelevati e caratteristica( per es. ematico-puroloento -ecc-)
<b>Trasfusioni</b>	<input type="checkbox"/> eritrociti <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> piastrine	Trasfusioni	segnare il tipo e in <b>OSSERVAZIONI</b> scrivere le sacche rimanenti e se deve trasfondere il turno successivo
<b>Dolore</b>	<input type="checkbox"/> .....	Dolore	scrivere la sede;eventuale terapia estemporanea segnala in <b>OSSERVAZIONI</b>
<b>Sintomatologie particolari</b>	..... ..... .....	Sintomatologie particolari	scrivere eventuali sintomi tipo: vomito,tachicardia, ferite varie ,dispnea ecc ecc in <b>OSSERVAZIONI</b> eventuali terapie o manovre
<b>Firma infermiere</b>		Firma	<b>OBBLIGATORIA E PER ESTESO</b>

Ogni pagina delle OSSERVAZIONI vale per i due giorni della facciata

Sarebbe indicato che le consegne per il turno successivo fossero scritte con la biro rossa per avere anche visivamente la differenza tra rapporto e consegne