



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

CARTELLA INFERMIERISTICA

DISTRETTO SANITARIO di _____

Cartella Infermieristica. n° _____ data di presa in carico _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Il _____

Residente in _____ Via _____ Tel. _____

Medico Curante Dr. _____ Ambulatorio Tel. _____

Medico Specialista (se inviato dallo specialista) _____ branca _____

Familiare di riferimento _____ Tel. _____

Diagnosi d'accesso _____

Patologie Presenti _____

Bisogni Infermieristici _____

Allergie: _____

Consenso e privacy

Il sottoscrittodichiara che è stato informato sui trattamenti a cui sarà sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare da tali trattamenti che anche se attuati con perizia, prudenza e diligenza, non sono ragionevolmente esenti da un certo margine di rischio .

Altresi dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati

data

Firma dell' utente

CHIUSURA CARTELLA

Data _____ **Operatore**(firma leggibile) _____

Responsabile Ufficio Infermieristico

RACCOLTA DATI

COMUNICAZIONE

°Comprensione linguaggio	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	lingua parlata _____
• Udito	<input type="checkbox"/> normoudente	<input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> sordità
• Vista	<input type="checkbox"/> normovedente	<input type="checkbox"/> riduzione visus <input type="checkbox"/> non vedente
• Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> irrequeto/ansioso

RESPIRAZIONE:

PARAMETRI	TIPOLOGIA	PRESENZA DI...	TRATTAMENTO O2
<input type="checkbox"/> F.R. <input type="checkbox"/> SatO2 <input type="checkbox"/> caratteri del respiro Specificare	<input type="checkbox"/> eupnea <input type="checkbox"/> dispnea: da sforzo <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> inspiratoria <input type="checkbox"/> espiratoria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no TOSSE <input type="checkbox"/> secca <input type="checkbox"/> produttiva <input type="checkbox"/> emofoe	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si lt / min.....

altro:

CIRCOLAZIONE E TESSUTI CUTANEI:

PARAMETRI	CUTE/MUCOSE	INTEGRITA' CUTANEA	PREV ENZIONE
<input type="checkbox"/> F.C. <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> P.A.O. mmHg	<input type="checkbox"/> normocromica <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> itterica <input type="checkbox"/> integra	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no LESIONI Sede Tipo	Educazione Terapeutica

altro:

MOVIMENTO

MUOVERSI	POSTURA	PROTESI/AUSILI
<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con difficoltà <input type="checkbox"/> non autonomo <input type="checkbox"/> usa ausili/presidi Quali?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no AUTONOMO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no PRESI	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no PROTESI <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no AUSILI

altro:

PRESIDI - AUSILI - PROTESI

<u>PROTESI / PRESIDI</u>	<u>DRENAGGI :</u>	<u>CATETERE VENOSO CENTRALE</u>	<u>CATETERE VENOSO PERIFERICO</u>	<u>STOMIA :</u>
<input type="checkbox"/> Protesi visive <input type="checkbox"/> Protesi dentaria mobile <input type="checkbox"/> Protesi uditive <input type="checkbox"/> Cannula di Guedel <input type="checkbox"/> Tubo endotracheale tipo _____ n. _____ <input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> altro _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Port a Cath collocato il _____ <input type="checkbox"/> Hickam collocato il _____ <input type="checkbox"/> Groshong collocato il _____ <input type="checkbox"/> _____	Tipo _____ collocato il _____	<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Ureterostomia <input type="checkbox"/> _____

