

**Accertamento Infermieristico  
M. Gordon**

Pag 2

Setting: <input type="checkbox"/> X	Data:	Letto n°
Nome	Cognome	Data di Nascita

**1. MODELLO PERCEZIONE / GESTIONE DELLA SALUTE**

<b>TABACCO</b>	<input type="checkbox"/> SI, da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> NO, mai <input type="checkbox"/> Ha smesso da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> In passato per ____ mesi / anni	<b>FARMACI</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Gestione autonoma <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto
<b>ALCOOL</b>	<input type="checkbox"/> SI, da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> Ha smesso da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> In passato per ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> NO, mai	<b>SOSTANZE</b>	<input type="checkbox"/> SI, da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> Ha smesso da ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> In passato per ____ mesi / anni <input type="checkbox"/> NO, mai

ANNOTAZIONI

**2. MODELLO NUTRIZIONALE / METABOLICO**

TC _____ (°C)	Peso _____ (Kg)	Altezza _____ : (m)
<b>ALIMENTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> OS    [ <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. Dipendente <input type="checkbox"/> Tot. dipendente ] <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG	
<b>ALTERAZIONI</b>	<input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito (Tipo _____)	
<b>APPETITO</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Aumentato	
<b>DEGLUTIZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Disfagia    [ <input type="checkbox"/> a solidi <input type="checkbox"/> a liquidi ]	
<b>DENTATURA</b>	<input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> Protesi [ <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale ]	
<b>CUTE</b>	<input type="checkbox"/> Normocromica <input type="checkbox"/> Pallore <input type="checkbox"/> Cianosi <input type="checkbox"/> Ittero <input type="checkbox"/> Disidratazione <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Edema (Specificare _____)	

ANNOTAZIONI

**3. MODELLO DI ELIMINAZIONE**

<b>INTESTINALE</b>	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Incontinente (costante incapacità di controllo) <input type="checkbox"/> Regolare (1-2 evacuazioni al giorno) <input type="checkbox"/> Stipsi (< 3 evacuazioni/sett.)	<input type="checkbox"/> Diarrea (frequente emissione feci liquide) <input type="checkbox"/> Melena                    dal _____ <input type="checkbox"/> Rettorragia                    dal _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
<b>URINARIA</b>	<input type="checkbox"/> Continente (controllo completo della minzione) <input type="checkbox"/> Incontinente (costante incapacità di controllo)	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Catetere vescicale Posizionato il _____
<b>STOMIE</b>	Tipo: _____ Posizionata il _____	Autogestione [ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ]

ANNOTAZIONI

DATA ACCERTAMENTO

FIRMA