

**Accertamento Infermieristico  
M. Gordon**

Pag 3

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

**4. MODELLO DI ATTIVITA' / ESERCIZIO FISICO**

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>RESPIRAZIONE</b>  | <input type="checkbox"/> Eupnea<br><input type="checkbox"/> Dispnea [ <input type="checkbox"/> A riposo <input type="checkbox"/> Da sforzo ]<br><input type="checkbox"/> O2 Terapia _____ l/min |
| <b>TRACHEOSTOMIA</b> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO [ Gestione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ]   |

ANNOTAZIONI

**5. MODELLO DI RIPOSO / SONNO**

|                              |   |                 |
|------------------------------|---|-----------------|
| <b>RIPOSATO AL RISVEGLIO</b> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | Ore/notte _____ |
| <b>ALTERAZIONI</b>           | Difficoltà: <input type="checkbox"/> A prendere sonno <input type="checkbox"/> A mantenere il sonno<br>Uso di farmaci <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Specificare _____ |                 |

ANNOTAZIONI

**6. MODELLO COGNITIVO / PERCETTIVO**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>LIVELLO DI COSCIENZA</b> | <input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Sedato   |
| <b>ORIENTAMENTO</b>         | <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato   |
| <b>VISTA E UDITO</b>        | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> alterata <input type="checkbox"/> cecità <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> occhiali<br><input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> alterata <input type="checkbox"/> sordità <input type="checkbox"/> OrD <input type="checkbox"/> OrS <input type="checkbox"/> apparecchio |
| <b>LINGUAGGIO</b>           | Lingua parlata <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria   |

ANNOTAZIONI

**7. MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' / CONCETTO DI SE'**

PAURE / DEBOLEZZE \_\_\_\_\_

**8. MODELLO DI RUOLO E RELAZIONI**

PENSIONATO/A  PREOCCUPATO/A \_\_\_\_\_

SISTEMA DI SUPPORTO  coniuge  convivente  famiglia  vicini/amici  nessuno

**9. MODELLO SESSUALITA' E RIPRODUZIONE**

FIGLI  SI n° \_\_\_\_\_  NO ciclo mestruale regolare  SI  NO menopausa  SI  NO

**10. MODELLO DI COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS**

Preoccupazioni (specificare) \_\_\_\_\_  Apatia

**11. MODELLO VALORI E CONVINZIONI**

RELIGIONE \_\_\_\_\_

**Modelli alterati**

|   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |    |                          |    |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|

DATA ACCERTAMENTO

FIRMA