

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

<b>Paziente inserito in un PDTA</b> Se sì quale _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

### 1. Modello di percezione e di gestione della salute

<b>Consumo di tabacco, alcol, sostanze stupefacenti</b> (vedi <i>anamnesi sociale e abitudini di vita</i> )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
<b>Esercizio fisico</b> (vedi <i>anamnesi sociale e abitudini di vita</i> )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
<b>Allergie: farmaci, alimenti, cerotto, ecc...</b> (vedi <i>anamnesi</i> )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
<b>Autogestione delle patologie croniche</b> Se Sì per quale patologia _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>

### 2. Modello nutrizionale e metabolico

**Alimenti e liquidi assunti abitualmente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Dieta speciale/integratori alimentari</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Nutrizione parenterale totale (NPT)</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Nutrizione enterale:</b>		
• <b>Sondino naso-gastrico</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• <b>PEG</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• <b>PEJ</b> ( <i>nutrizione per digiunostomia percutanea</i> )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<b>Appetito:</b>
<input type="checkbox"/> Invariato negli ultimi 6 mesi
<input type="checkbox"/> Aumentato
<input type="checkbox"/> Alterato
<input type="checkbox"/> Gusto diminuito

<b>Presenza di:</b>
<input type="checkbox"/> Nausea
<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Alterazioni della mucosa orale

<b>Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se Sì specificare Kg di aumento/ diminuzione _____		
<b>Difficoltà di deglutizione (disfagia)</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se Sì specificare:		
<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> mista

**(segue) 2. Modello nutrizionale e metabolico**

<b>Protesi dentali</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se Sì specificare:
			<input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> inferiore parziale
			<input type="checkbox"/> il paziente ha la protesi con sé
			<input type="checkbox"/> protesi consegnata a _____

<b>Test dell'acqua positivo</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Problemi della cute / Problemi di guarigione</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se Sì specificare:
		<input type="checkbox"/> guarigione compromessa	<input type="checkbox"/> eruzione
		<input type="checkbox"/> disidratazione	<input type="checkbox"/> diaforesi

**3. Modello di eliminazione**

<b>Eliminazione intestinale:</b>	
<input type="checkbox"/> Nei limiti della norma	Evacuazioni al giorno n. _____
<input type="checkbox"/> Stipsi	Data dell'ultima evacuazione _____
<input type="checkbox"/> Diarrea	Stomia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se Sì specificare: Tipo _____
<input type="checkbox"/> Incontinenza	Sacchetto _____
	Cura di sé : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>Eliminazione urinaria:</b>
<input type="checkbox"/> Nei limiti della norma
<input type="checkbox"/> Frequenza
<input type="checkbox"/> Disuria
<input type="checkbox"/> Nicturia
<input type="checkbox"/> Urgenza urinaria
<input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Ritenzione
<input type="checkbox"/> Altro _____

<b>Incontinenza:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se Sì specificare:
		<input type="checkbox"/> Totale	
		<input type="checkbox"/> Diurna	
		<input type="checkbox"/> Notturna	
		<input type="checkbox"/> Occasionale	
		<input type="checkbox"/> Difficoltà a rimandare la minzione	
		<input type="checkbox"/> Difficoltà a raggiungere il bagno	
<b>Ausili:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se Sì specificare:
		<input type="checkbox"/> Catetere vescicale	
		<input type="checkbox"/> Cateterismo intermittente	
		<input type="checkbox"/> Catetere a permanenza	
		<input type="checkbox"/> Altro _____	

#### 4. Modello di attività e di esercizio fisico

Valutabile: SI  NO  *Se Sì, vedi Scala BIM*

#### 5. Modello di riposo e di sonno

Abitudini: ore / notte \_\_\_\_\_  riposo antimeridiano  riposo pomeridiano  
 si sente riposato dopo il sonno  difficoltà legate al sonno  
 risveglio precoce  insonnia  incubi  uso di farmaci per favorire il sonno

#### 6. Modello cognitivo e percettivo

##### Condizioni generali:

- Vigile
- Afasia recettiva
- Amnesia
- Vertigini
- Soporoso
- Orientato
- Confuso
- Combattivo
- Non risponde
- Altro \_\_\_\_\_

##### Linguaggio:

- Nessuna difficoltà
- Disturbi del linguaggio
- Afasia
- Disfasia
- Disartria
- Altro \_\_\_\_\_

##### Lingua parlata:

- Italiano
- Altro \_\_\_\_\_

Capacità di comprendere la lingua scritta SI  NO

Capacità di comprendere la lingua parlata SI  NO

Capacità di interazione SI  NO

##### Udito:

- Normale
- Alterazioni
- Ipoacusia
- Sordità  
Specificare: destra  sinistra
- Protesi  
Specificare: destra  sinistra

##### Vista:

- Normale  Cecità  
Specificare: destra  sinistra
- Occhiali  Cataratta  
Specificare: destra  sinistra
- Lenti a contatto  Glaucoma, protesi oculare  
Specificare: destra  sinistra
- Alterazioni
- Altro \_\_\_\_\_

**(segue) 6. Modello cognitivo e percettivo**

<b>Dolore:</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se Sì specificare:
	<input type="checkbox"/> Acuto		
	<input type="checkbox"/> Cronico		
	<input type="checkbox"/> Supporto terapeutico		
	<input type="checkbox"/> Valore scala NRS /PAINAD _____		
	<input type="checkbox"/> Caratteristiche e sede del dolore _____		

**7. Modello di percezione di sé e di concetto di sé**

Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno di vita Se Sì, quali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
Ansia ( <i>vedi Anamnesi medica</i> )	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
Paure Se Sì, indicare la minaccia o il pericolo specifico _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
Presenta o riferisce manifestazioni di esaurimento fisico o mentale Se Sì, specificare _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>
Reazioni negative (verbali o non-verbali) al cambiamento Se Sì, specificare _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non rilevabile <input type="checkbox"/>

**8. Modello di ruolo e di relazioni**

Maschio     Femmina

<b>Condizione lavorativa:</b>
Occupato    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare: _____
<input type="checkbox"/> Disoccupato
<input type="checkbox"/> Invalido
Se sì, specificare grado: _____

<b>Attualmente seguito da:</b>
<input type="checkbox"/> ADI
<input type="checkbox"/> SID
<input type="checkbox"/> Assistente sociale
<input type="checkbox"/> Tutore / Amministratore di sostegno
<b>Figure di sostegno:</b>
Caregiver                      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coniuge                         SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Amici / vicini di casa        SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vive in famiglia                SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nessuno                         SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altro

**9. Modello sessualità e riproduzione**

Problemi mestruali    SI     NO     Altro \_\_\_\_\_

Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_    Data ultimo PAP Test \_\_\_\_\_

Autoesame mensile del seno/ testicoli:    SI     NO

Eventuali anomalie    SI     NO     Se Sì, quali \_\_\_\_\_

Preoccupazioni sessuali correlate a malattia    SI     NO     Se Sì, quali \_\_\_\_\_

Gravidanza in atto / presunta :    SI     NO

Se Sì, indicare:    Epoca presunta del parto (EPP) \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

**10. Modello di coping e di tolleranza allo stress**

Principali preoccupazioni correlate alla malattia e/o all'ospedalizzazione  
Se Sì, specificare \_\_\_\_\_    SI     NO     Non rilevabile

Incapacità/difficoltà ad affrontare le situazioni    SI     NO     Non rilevabile

Problemi e/o preoccupazioni del caregiver  
Se Sì, specificare \_\_\_\_\_    SI     NO     Non rilevabile

**11. Modello di valori e di convinzioni**

Principali necessità legate alle sue convinzioni/valori  
Se Sì, specificare \_\_\_\_\_    SI     NO     Non rilevabile

Sofferenza/difficoltà ad aderire alle sue convinzioni/valori  
Se Sì, specificare \_\_\_\_\_    SI     NO     Non rilevabile

Infermiere \_\_\_\_\_

Data //

Ora :

Firma e timbro infermiere

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**SCALA BIM (Indice di Barthel Modificato)**

ITEM	CODICE					PUNTEGGIO			
	A	B	C	D	E				
Igiene personale	0	1	3	4	5				
Fare il bagno	0	1	3	4	5				
Mangiare	0	2	5	8	10				
Usare il W.C.	0	2	5	8	10				
Fare le scale	0	2	5	8	10				
Vestirsi	0	2	5	8	10				
Controllo urine	0	2	5	8	10				
Controllo alvo	0	2	5	8	10				
Camminare	0	3	8	12	15				
Carrozzina *	0	1	3	4	5				
Trasferimenti	0	3	8	12	15				
<b>TOTALE</b> (range 0 - 100)									

\* Da compilare solo se incapace a camminare

**Codice**

- A** = incapace di compiere l'azione
- B** = tentativi di compiere l'azione ma non affidabili
- C** = richiede aiuto moderato
- D** = richiede aiuto minimo
- E** = completamente indipendente

**Punteggio Barthel**

- 0-20 = totalmente dipendente
- 21-60 = dipendenza severa
- 61-90 = dipendenza moderata
- 91-99 = dipendenza minima
- 100 = autosufficienza

**AUSILI:** SÌ  NO

Se Sì, Specificare: \_\_\_\_\_

DATA..... FIRMA.....