


 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA ALLA DIMISSIONE

Modelli Gordon Funzionali	Data	Dimissione dall'U.O

Modello di percezione e gestione della salute	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di nutrizione e metabolismo	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di eliminazione	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di attività ed esercizio fisico	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di riposo e sonno	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello cognitivo e percettivo	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:

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

Modello di percezione di sé e concetto di sé	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di ruolo e di relazioni	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di sessualità e di riproduzione	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di adattamento e tolleranza allo stress	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:
Modello di valori e di convinzioni	<input type="checkbox"/> NON alterazioni funzionali <input type="checkbox"/> monitorare	<input type="checkbox"/> alterazioni funzionali: <i>riportare dati</i> <input type="checkbox"/> diagnosi INF: <input type="checkbox"/> OBT: <input type="checkbox"/> interventi raccomandati:

Modelli esaminati:

NOTE:

Data

Firma.....

VALUTAZIONE ALTRE PROFESSIONI ALLA DIMISSIONE* (es. fisioterapisti, ecc...)

SITUAZIONE ALLA DIMISSIONE

BACKGROUND / VALUTAZIONE

RACCOMANDAZIONI

Data

Firma.....

* Compilare secondo il modello SBAR (Situation—Background—Assessment—Recomandation)