

# SCHEDA DI NURSING

Ospite \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del compilatore \_\_\_\_\_

Diagnosi / Disagio prevalente \_\_\_\_\_

PROBLEMA	N.R.	A NURSING TUTELARE	PESO	N.R.	B NURSING SANITARIO	PESO	
1. Respirazione				1.1B	Normale	<input type="checkbox"/> 0	
				1.2B	Presenza di secrezioni/posture part	<input type="checkbox"/> 2	
				1.3B	Aerosol/terapia	<input type="checkbox"/> 3	
				1.4B	Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> 3	
				1.5B	Aspirazione	<input type="checkbox"/> 4	
2. Circolazione				1.6B	Tracheostomia/ventilatore/ gestione	<input type="checkbox"/> 11	
				2.1B	Normale	<input type="checkbox"/> 0	
				2.2B	Controllo quotidiano parametri vitali	<input type="checkbox"/> 1	
				2.3B	Controllo parametri più volte al giorno	<input type="checkbox"/> 3	
				2.4B	Ulcera venosa/medicazione	<input type="checkbox"/> 5	
3. Eliminazione Urinaria	3.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/> 0				
		Continenza assistita (necessita di essere accompagnato in bagno, di pappagallo o padella, ecc.)					
	3.2A		<input type="checkbox"/> 3				
	3.3A	Urocontrol/gestione	<input type="checkbox"/> 3				
	3.4A	Uso di pannoloni/gestione	<input type="checkbox"/> 4				
					3.1B	Riabilitazione vescicale	<input type="checkbox"/> 2
					3.2B	Catetere vescicale/gestione	<input type="checkbox"/> 3
4. Eliminazione Fecale					3.3B	Urostomia/gestione	<input type="checkbox"/> 5
	4.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/> 0				
		Continenza assistita (necessita di essere accompagnato in bagno, di pappagallo o padella, ecc.)					
	4.2A		<input type="checkbox"/> 4				
	4.3A	Uso di pannoloni/gestione	<input type="checkbox"/> 5				
					4.1B	Piano per controllo stipsi (alimentaz./idrataz./dieta.ecc.)	<input type="checkbox"/> 5
					4.2B	Clisteri evacuativi	<input type="checkbox"/> 6
5. Igiene Personale/ Abbigliamento					4.3B	Clisteri evacuativi con svuotamento manuale	<input type="checkbox"/> 8
					4.4B	Colostomia/gestione	<input type="checkbox"/> 8
	5.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/> 0				
	5.2A	Autonomo assistita- Igiene/Abbigliamento quotidiano (riesce a lavarsi con l'aiuto di una persona e/o se viene accompagnato in bagno. Ecc.)	<input type="checkbox"/> 5				
	5.3A	Dipendenza completa- Igiene/Abbigliamento quotidiani	<input type="checkbox"/> 7				
5.4A	Bagno settimanale	<input type="checkbox"/> 8					
				5.1B	Pulizia del cavo orale	<input type="checkbox"/> 3	

PROBLEMA	N.R.	A NURSING TUTELARE	PESO	N.R.	B NURSING SANITARIO	PESO	
6-Integrità cutanea	6.1A	Prevenzione decubito / uso ausili	<input type="checkbox"/>	5	6.1B Cute integra	<input type="checkbox"/>	0
					6.2B Medicazione semplice	<input type="checkbox"/>	5
					6.3B Prevenzione decubiti / uso di ausili	<input type="checkbox"/>	5
					6.4B Medicazione / gestione ulcera decubito 1° e 2° stadio	<input type="checkbox"/>	5
					6.5B Medicazione / gestione ulcera decubito 3° e 4° stadio	<input type="checkbox"/>	10
7-Alimentazione Idratazione	7.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/>	0			
		Autonomia assistita (mangia con l'aiuto di una persona per tagliare gli alimenti o per la preparazione del pasto, ecc.)					
	7.2A		<input type="checkbox"/>	3			
	7.3A	Dipendenza completa (imboccato)	<input type="checkbox"/>	6			
					7.1B Controllo alimentazione/idratazione piano assistenziale ( disfagia, bilancio idrico, diete particolari, ecc.)	<input type="checkbox"/>	6
					7.2B Gestione N.E. c / Nutripompa c / SNG	<input type="checkbox"/>	10
					7.3B Gestione N.E. c / Nutripompa c / PEG	<input type="checkbox"/>	10
8- Mobilizzazione	8.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/>	0			
	8.2A	Necessita di aiuto di una persona e/o ausili	<input type="checkbox"/>	2			
	8.3A	Necessita di due persone per spostarsi	<input type="checkbox"/>	4			
	8.4A	Mobilizzazione programmata nel letto	<input type="checkbox"/>	2			
	8.5A	Mobilizzazione programmata quotidiana letto / poltrona / carrozzina	<input type="checkbox"/>	5			
					8.1B Posture particolari (esiti di lctus. Fratture ecc)	<input type="checkbox"/>	3
9- Sonno e Riposo	9.1A	Normale	<input type="checkbox"/>	0			
	9.2A	Rilevazione sonno – veglia diurna e notturna	<input type="checkbox"/>	2			
	9.3A	Stato confusionale notturno /gestione	<input type="checkbox"/>	9			
10.- Uso di farmaci					9.1B Insonnia / gestione (farmaci e/o supporto psicologico)	<input type="checkbox"/>	3
					10.1B Autonomo	<input type="checkbox"/>	0
					10.2B Terapia i.m. – s.c.- e.v.	<input type="checkbox"/>	2
					10.3B Ipodermoclisi	<input type="checkbox"/>	3
					10.4B Uso assistito – terapia orale (necessita della collaborazione di una persona per assumere i farmaci)	<input type="checkbox"/>	3
11- Trattamenti speciali					10.5B Terapia infusione	<input type="checkbox"/>	3
					11.1B Prelievi o Stick	<input type="checkbox"/>	2
					11.2B Visite specialistiche ( gestione organizzativa)	<input type="checkbox"/>	6
					11.3B Gestione catetere succlavia	<input type="checkbox"/>	3
					11.4B Gestione pompe infusione / terapia in vena 24 ore	<input type="checkbox"/>	8
12- Attività occupazionali					11.5B Dialisi (gestione dell'accesso vascolare, ecc.)	<input type="checkbox"/>	14
	12.1A	Autonomo	<input type="checkbox"/>	3			
	12.2A	Con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	4			
	12.3A	Necessita di aiuto totale	<input type="checkbox"/>	6			
TOTALE PUNTEGGIO _____				TOTALE PUNTEGGIO _____			

PROBLEMA	C VARIABILI PSICO – FISICHE -RELAZIONALI		PESO
13. Organi di senso Linguaggio	13.1C Normale	<input type="checkbox"/>	0
	13.2C Deficit uditivi rilevanti	<input type="checkbox"/>	3
	13.3C Deficit visivi rilevanti	<input type="checkbox"/>	5
	13.4C Deficit linguaggio rilevanti	<input type="checkbox"/>	5
14. Stato di coscienza	14.1C Normale	<input type="checkbox"/>	0
	14.2C Assopito – disorientato - stupor	<input type="checkbox"/>	5
	14.3C Gravi turbe men. (demenza senile ecc)	<input type="checkbox"/>	10
	14.4C Incoscienza / Coma	<input type="checkbox"/>	7
15. Relazione sociale	15.1C Normale	<input type="checkbox"/>	0
	15.2C Aggressivo – Rifiuto – Diffidenza - Opposizione	<input type="checkbox"/>	8
	15.3C Depressione / Apatia	<input type="checkbox"/>	6
	15.4C Malattia psichiatrica	<input type="checkbox"/>	10
	16.1C Famiglia collaborante	<input type="checkbox"/>	2
16. Collaborazione e supporto della famiglia	16.2C Famiglia incapace o non collaborante	<input type="checkbox"/>	6
	16.3C Senza famiglia od amici	<input type="checkbox"/>	8
	17.1C Ospite non in grado di rendersi autonomo per gravi patologie	<input type="checkbox"/>	2
17. Educazione all'ospite ed alla famiglia	17.2C Ospite con neces. di supporto / inseq.	<input type="checkbox"/>	6

TOTALE PUNTEGGIO \_\_\_\_\_

### Nursing Tutelare

A \_\_\_\_\_ +

C \_\_\_\_\_ =

TOTALE \_\_\_\_\_

### Nursing Sanitario

B \_\_\_\_\_ +

C \_\_\_\_\_ =

TOTALE \_\_\_\_\_

### Nursing Tutelare

Da 0 a 29 - Assistenza Minima  
 Da 30 a 45 - Assistenza Media  
 Da 46 a 59 - Assistenza Alta  
 60 e oltre - Assistenza Intensiva

### Nursing Sanitario

Da 0 a 30 - Assistenza Minima  
 Da 31 a 48 - Assistenza Media  
 Da 49 a 70 - Assistenza Alta  
 71 e oltre - Assistenza Intensiva