



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 7 - CATANZARO
COMPLESSO OSPEDALIERO SOVERATO-CHIARAVALLE

CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome e Nome: _____ Data di Nascita: _____ Tel.: _____
Indirizzo: _____ ASL app. Nr.: _____ di: _____
DIVISIONE: _____ RICOVERO nr.: _____ Data: _____ Ora: _____ Letto: _____
urgente non urgente programmato mezzo/modalità: _____

SCHEDA DI RACCOLTA DATI ALL'INGRESSO

Professione: _____ Titolo di studio: _____
Stato civile: coniugato non coniugato vedovo separato divorziato convivente
Persone di supporto: NO SI - cog. Cognome e nome _____
Indirizzo: _____ Tel.: _____
Note segnalate dal malato: _____
Medico di base: _____ Tel.: _____

Dati medici (desunti dalla cartella clinica):

Diagnosi medica di accettazione: _____
Terapie in corso a domicilio: NO SI _____
ALLERGIE RIFERITE DAL PAZIENTE _____
VACCINAZIONI eseguite: antitetanica NO SI data: _____ altre: _____
MALATTIE TRASMISSIBILI: NO NON SA SI _____

Dati riferiti ai bisogni e alle attività quotidiane (desunti dal colloquio con il paziente)

1) Sentirsi bene (assenza di dolore):

Espressione generica di benessere malessere o indifferenza
Specificare i motivi: a) fisici b) psico-relazionali c) altro _____
Aspetto: rilassato sofferente altro _____
Eventuali problemi: _____

2) Respirazione:

Tipo di respiro: normale alterato altro _____ **Fumatore:** NO SI Nr. _____
postura ortopnoica: NO SI _____
Eventuali problemi: _____

3) Circolazione:

Temperatura degli arti: normale alterata _____ Aspetto normale alterato _____
Eventuali problemi: _____

4) Alimentazione e idratazione:

Autonomia per l'alimentazione: totale parziale nulla sondino naso gast data pos. _____ data rim. _____
cibi preferiti: _____ rifiutati: _____
diete: NO SI tipo: _____
condizioni dei denti: Normali Alterati Protesi: NO SI Fissa Mobile
condizioni gengive, lingua, cavo orale: Normali Alterate _____
abitudini igieniche: si lava regolarmente NO SI Eventuali problemi: _____

5) Evacuazione:

Abitudini intestinali: Frequenza: Regolare Alterata ; Carattere delle feci: Normali Alterate _____
Abitudini urinarie: Frequenza: Regolare Alterata ; Carattere urine: Normali Alterate _____
Cat. vers. data posizionamento _____ data rimozione _____
Eventuali problemi: _____

6) Movimenti:

Grado di autonomia: totale parziale nulla Postura obbligata: NO SI _____
Eventuali problemi: _____

7) Igiene e protezione tegumenti:

Condizioni igieniche: buone discrete altro _____
cute e mucose: colore _____ aspetto _____
autonomia: lavarsi Si in parte No - pettinarsi Si in parte No - radarsi Si in parte No
Eventuali problemi: _____

8) Sonno e riposo:

Abitudini riguardo agli orari di riposo e di sonno: normali alterate _____
Eventuali problemi: _____

9) Comunicazione e rapporti sociali:

Espressione del viso: vivace spenta fissa Parola: normale altro _____
orientato non orientato _____
reazione al ricovero: accettazione ansia rifiuto Aspettative: guarire migliorare nessuna
problemi psicologici derivanti dalla malattia e/o ricovero: _____
Vista: normale altro _____ Udito: normale altro _____
relazioni con i parenti: problemi: NO SI _____
livello di integrazione sociale: buono alterato _____
necessità di supporto sociale: NO SI _____
Eventuali problemi: _____

