

## MODULO 27

## OSSERVAZIONE - TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO

Cod. ROG26/1.27- Rev.02 del 30.06.2025

PAZIENTE: \_\_\_\_\_

ANNO \_\_\_\_\_

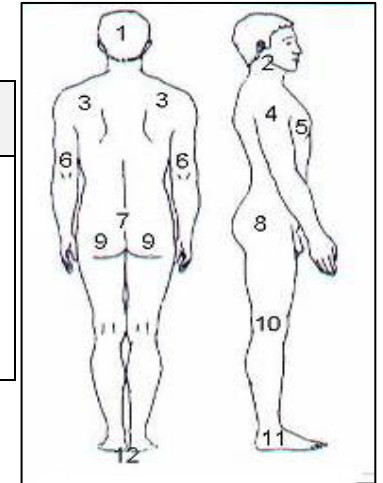
DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

N° prog. \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONE N°	Numero sede lesione	Grado lesione	Condizione lesione	Bordi lesione	Cute
DATA precedente osservazione	inserire n. sulle figure a lato	principale	principale	principale	perilesionale
Lesione presente all'ingresso:  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Principale: _____ Secondarie: _____ Secondarie: _____	<input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> IV° <input type="checkbox"/> Escara	Cm. _____ <input type="checkbox"/> Detersa <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Essudato <input type="checkbox"/> Necrosi <input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Lineari <input type="checkbox"/> Macerati <input type="checkbox"/> Necrotici <input type="checkbox"/> Infetti <input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Arrossata <input type="checkbox"/> Macerata

(\*) Criteri di valutazione della lesione principale: valutare inizialmente l'escara (se presente), poi il grado della lesione ed infine l'estensione.

Eventuali note sulle lesioni secondarie: \_\_\_\_\_



## TRATTAMENTO

STADIO	DETERSIONE	MEDICAZIONE	CADENZA	AREA CIRCOSTANTE
<input type="checkbox"/> I° e II°	<input type="checkbox"/> soluzione fisiologica <input type="checkbox"/> ringer lattato	<input type="checkbox"/> pellicola semipermeabile trasparente (I°) <input type="checkbox"/> idrocolloidi extra sottili (I-II°) <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano, se essudante (II°)	<input type="checkbox"/> 1 volta ogni 3\4 giorni o SO. <input type="checkbox"/> 1 volta ogni _____	<input type="checkbox"/> Crema ricca di sostanze nutritive per la cute,
<input type="checkbox"/> Flittene	<input type="checkbox"/> Idem	Non forare, medicare con <input type="checkbox"/> idrocolloide <input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano	<input type="checkbox"/> 1 volt ogni 3\4 giorni o SO. <input type="checkbox"/> 1 volta ogni _____	<input type="checkbox"/> Idem
<input type="checkbox"/> III° e VI°	<input type="checkbox"/> Idem	Vedi specifiche schema successivo	<input type="checkbox"/> 1 volta ogni _____	<input type="checkbox"/> Idem

## SPECIFICHE, IN CASO DI PRESENZA DI INFEZIONE, ESCARA, FIBRINA, SOTTOMINATURA, III° E IV° STADIO

VARIANTE LESIONE	MEDICAZIONE	CADENZA	VARIANTE LESIONE	MEDICAZIONE	CADENZA
<input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> idrogel + schiuma di poliuretano Rimozione chirurgica: <input type="checkbox"/> graduale <input type="checkbox"/> totale	ogni 24/72 ore	<input type="checkbox"/> Cavitarie, sottominata, con abbondante essudato	<input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano cavitaria + schiuma di poliuretano, <input type="checkbox"/> fibra in alginato+ schiuma in poliuretano	da giorni alterni a 3/4 giorni
<input type="checkbox"/> Emorragica	<input type="checkbox"/> alginati + garze sterili	ogni 8/24 ore	<input type="checkbox"/> Granuleggiante	<input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> placca idrocolloidale	1 volta ogni 3\4 giorni o _____
<input type="checkbox"/> Essudativa, non cavitaria	<input type="checkbox"/> schiuma di poliuretano	ogni 24/72 ore	<input type="checkbox"/> Infetta, colonizzata, contaminata.	<input type="checkbox"/> detersione con acqua distillata, posizionare nanocristallo d'argento, chiusura con schiuma di poliuretano.	<input type="checkbox"/> ogni 24 ore, solo schiuma di poliuretano <input type="checkbox"/> ogni 5\6 giorni nanocristallo d'argento
<input type="checkbox"/> Necrotica o fibrinosa	<input type="checkbox"/> idrogel+ schiuma poliuretano				

☐ M.M.G.

☐ INFERMIERE

FIRMA \_\_\_\_\_

NOTA: numerare progressivamente ogni modulo e archiviare i moduli cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.