

MODULO 28	VALUTAZIONE MOBILIZZAZIONE	Cod. ROG26/1.28 Rev.02 del 30.06.2025
------------------	-----------------------------------	--

PAZIENTE: _____	ANNO _____	N° prog. _____
------------------------	-------------------	-----------------------

PATOGENESI DELLA IMMOBILIZZAZIONE

Malattia	Impairment (impedimento-menomazione)
<input type="checkbox"/> Artrosi <input type="checkbox"/> artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> Dolore articolare <input type="checkbox"/> Riduzione escursione articolare
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> enfisema	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> M. di Parkinson	<input type="checkbox"/> Rigidità muscolare <input type="checkbox"/> Alterazione della marcia
<input type="checkbox"/> Demenza	<input type="checkbox"/> Perdita facoltà cognitive <input type="checkbox"/> Disturbi della marcia
<input type="checkbox"/> Arteriopatia periferica	<input type="checkbox"/> Dolore muscolare
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Retinopatie	<input type="checkbox"/> Cecità
<input type="checkbox"/> Diabete complicato	<input type="checkbox"/> Dolore muscolare e astenia agli AA II <input type="checkbox"/> Piede diabetico <input type="checkbox"/> Riduzione visus

SINDROME DA ALLETTAMENTO

Apparato	Effetti/complicazioni
<input type="checkbox"/> Cardiovascolare	<input type="checkbox"/> Intoll all'ortostatismo <input type="checkbox"/> Intoll. allo sforzo <input type="checkbox"/> Tromboflebiti, embolia polmonare
<input type="checkbox"/> Respiratorio	<input type="checkbox"/> Intoll. allo sforzo <input type="checkbox"/> Desaturazione <input type="checkbox"/> Ristagno secrezioni bronchiali <input type="checkbox"/> Broncopolmonite
<input type="checkbox"/> Muscolare	<input type="checkbox"/> Intoll. allo sforzo <input type="checkbox"/> Atrofia muscolare
<input type="checkbox"/> Osteoarticolare	<input type="checkbox"/> Contratture <input type="checkbox"/> Anchilosi <input type="checkbox"/> Osteoporosi
<input type="checkbox"/> Urinario	<input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Ritenzione acuta <input type="checkbox"/> Infezioni
<input type="checkbox"/> Digerente	<input type="checkbox"/> Anoressia <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Fecalomi con sub-occlusione
<input type="checkbox"/> Cutaneo	<input type="checkbox"/> Ulcere da pressione <input type="checkbox"/> Cellulite <input type="checkbox"/> Osteomielite <input type="checkbox"/> Sepsì
<input type="checkbox"/> Neuro-sensoriale	<input type="checkbox"/> Declino cognitivo <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Retropulsione

PIANO MOBILIZZAZIONE DA ALLETTATO

 Mobilizzazione: ☐ ATTIVA ☐ PASSIVA

Postura letto	Cambio postura	N° operatori	Ausili	NOTE
<input type="checkbox"/> supina	<input type="checkbox"/> 1/2 ora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> cinture di sollevamento	<input type="checkbox"/> Piaghe da pressione
<input type="checkbox"/> semiseduta	<input type="checkbox"/> 1 ora	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> sollevatori meccanici	Altro:
<input type="checkbox"/> seduta	<input type="checkbox"/> 2 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cuscini	
<input type="checkbox"/> laterale	<input type="checkbox"/> 3 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> presidi anti-decubito a	
<input type="checkbox"/> prona	<input type="checkbox"/> 4 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Presidi anti-trauma	
<input type="checkbox"/> semiprona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PIANO MOBILIZZAZIONE DA SEDUTO

Problemi	Cambio postura	N° operatori	Ausili	NOTE
<input type="checkbox"/> Semi autosufficiente	<input type="checkbox"/> 1/2 ora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Mezzi di contenzione	<input type="checkbox"/> Piaghe da pressione
<input type="checkbox"/> Non autosufficiente	<input type="checkbox"/> 1 ora	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Cuscini antidecubito	Altro:
<input type="checkbox"/> Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> 2 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PIANO DEAMBULAZIONE ASSISTITA

Problemi	N° volte al giorno	N° operatori	Durata	Ausili
<input type="checkbox"/> Semi autosufficiente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 15 min.	<input type="checkbox"/> Stampelle
<input type="checkbox"/> Non autosufficiente	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 20 min.	<input type="checkbox"/> Bastone - treppiede
<input type="checkbox"/> Piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30 min.	<input type="checkbox"/> Girello

DATA _____ Infermiere compilatore _____ FIRMA _____

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