

MODULO 4	VALUTAZIONE INFERMIERISTICA	Cod. ROG26/1.4 Rev.02 del 30.06.2025
-----------------	-----------------------------	---

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

Peso (Kg) _____	Altezza (mt) _____	IMC (kg/m2) _____
------------------------	---------------------------	--------------------------

RILIEVO PARAMETRI VITALI: ☐ F.C. _____ b/min. ☐ T.C. _____ °C ☐ P.A. _____ / _____ mmHg **E.C.G.:** ☐ SI ☐ NO
☐ F.R. _____ atti/min. ☐ SatO2 _____ ☐ altro: _____

MODELLO DI PERCEZIONE E DI GESTIONE DELLA SALUTE

Consumo Tabacco ☐ NO ☐ SI Quantità/die N° sigarette _____ Interrotto consumo ☐ NO ☐ SI da _____
 Consumo Alcolici ☐ NO ☐ SI Quantità/die CL _____ Interrotto consumo ☐ NO ☐ SI da _____

ALLERGIE RIFERITE

☐ Farmaci: _____ ☐ Alimenti: _____ ☐ Altro: _____

Attività fisiche-sportive ☐ NO ☐ SI Patologie croniche ☐ NO ☐ SI quali: _____

ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

COMUNICAZIONE				
STATO DI COSCIENZA	COMUNICAZIONE	UDITO	VISTA	CONDIZIONI PSICHICHE
<input type="checkbox"/> vigile-collaborante <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> comatoso <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato	<input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> disfonia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> tracheostomia	<input type="checkbox"/> normoudente <input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> sordità (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn) PROTESI: <input type="checkbox"/> SI (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn)	<input type="checkbox"/> normvedente <input type="checkbox"/> riduzione visus <input type="checkbox"/> non vedente PROTESI: <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Lenti a c.	<input type="checkbox"/> tranquillo <input type="checkbox"/> irrequieto/ansioso <input type="checkbox"/> agitaz. psicomotoria <input type="checkbox"/> apatia/disinteresse <input type="checkbox"/> deficit cognitivo
RESPIRAZIONE				
TIPOLOGIA	PRESENZA DI TOSSE	TRATTAMENTO O2	ALLERGIE	PROTESI - PRESIDII
<input type="checkbox"/> eupnea <input type="checkbox"/> dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Ossigenoterapia l/min. _____ Aspirazioni secrezioni: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Pollini <input type="checkbox"/> Epiteli anim. <input type="checkbox"/> Acari	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> respiratore <input type="checkbox"/> ventilatore <input type="checkbox"/> cannula Guedel
CIRCOLAZIONE E TESSUTI CUTANEI				
PRESIDI PROTESI	CUTE/MUCOSE	INTEGRITA' CUTANEA	RISCHIO LESIONI	
<input type="checkbox"/> pace maker <input type="checkbox"/> prot. valvolari <input type="checkbox"/> sistema port. <input type="checkbox"/> C.V.C. <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> normocromica <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> itterica <input type="checkbox"/> disidratata	<input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> lividi <input type="checkbox"/> edemi Presenza lesioni da decubito: sede _____ stadio: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4°	(scala BRADEN) > 20 <input type="checkbox"/> Basso 17-20 <input type="checkbox"/> Medio 14-16 <input type="checkbox"/> Elevato < 13 <input type="checkbox"/> Molto Elevato	
STATO				
MUSCOLO – SCHELETRICO	PSICO-COMPORTAMENTALE	DOLORE		
Escursione articolare: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> altro: _____ Presa delle mani: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> debolezza (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> si) <input type="checkbox"/> paralisi (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> si) Presa arti inferiori: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> debolezza (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> si) <input type="checkbox"/> paralisi (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> si)	<input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> ansia: lieve <input type="checkbox"/> mod. <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> agitazione RIPOSO - SONNO <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare <input type="checkbox"/> insonnia	(Scala NRS) <input type="checkbox"/> Acuto (sede _____) <input type="checkbox"/> Cronico (sede _____) <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> ingravescente <input type="checkbox"/> colico minore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo terapia antidolorifica: <input type="checkbox"/> analgesici <input type="checkbox"/> antipiretici <input type="checkbox"/> antinfiammatori <input type="checkbox"/> oppioidi		
MOVIMENTO-IGIENE				
MOVIMENTO	POSTURA	IGIENE	USO WC	BAGNO/DOCCIA
<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con assistenza <input type="checkbox"/> non autonomo Rischio cadute (Conley): <input type="checkbox"/> rischio minimo <input type="checkbox"/> aumento del rischio <input type="checkbox"/> rischio alto ausili/presidi: <input type="checkbox"/> deambulatore/carroz.	<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> postura obbligata: (paralisi <input type="checkbox"/> paresi <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> AUSILI/PRESIDI: <input type="checkbox"/> sponde per letto <input type="checkbox"/> Materasso antidecubito <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> si lava da solo <input type="checkbox"/> si lava con aiuto <input type="checkbox"/> totale dipendenza VESTIRSI <input type="checkbox"/> si veste da solo <input type="checkbox"/> si veste con aiuto <input type="checkbox"/> totale dipendenza	<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con uso di ausili <input type="checkbox"/> con assistenza <input type="checkbox"/> totale dipendenza <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con uso di ausili <input type="checkbox"/> con assistenza <input type="checkbox"/> totale dipendenza

ELIMINAZIONE INTESTINALE

GRADO/AUTONOMIA	FREQUENZA/CONSISTENZA	COLORE	PRESIDI
<input type="checkbox"/> alvo regolare <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> utilizzo lassativi <input type="checkbox"/> clisteri evacuativi	• Frequenza evacuazioni n° ____/die • Data ultima evacuazione _____ • Consistenza: <input type="checkbox"/> asciutte -disidratate <input type="checkbox"/> soffici <input type="checkbox"/> semi liquide <input type="checkbox"/> liquide	<input type="checkbox"/> normocromiche <input type="checkbox"/> con tracce di sangue <input type="checkbox"/> con tracce di muco <input type="checkbox"/> melena	<input type="checkbox"/> sedia comoda <input type="checkbox"/> padella <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> colostomia /ileostomia <input type="checkbox"/> enterostomia <input type="checkbox"/> drenaggio

ELIMINAZIONE VESCICALE URINARIA

GRADO/AUTONOMIA	FREQUENZA/QUANTITA'	CARATTERISTICHE	PRESIDI	INFEZIONI URINARIE
<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> incontinente: (totale <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> • Minzione: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> disuria <input type="checkbox"/> nicturia <input type="checkbox"/> impellente	• Frequenza ____/die • Diuresi ____ml/24ore (0,5-1ml*kgx24h) <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> anuria <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> poliuria	<input type="checkbox"/> limpide <input type="checkbox"/> ematuria <input type="checkbox"/> piuria <input type="checkbox"/> con sedimento <input type="checkbox"/> ipercromiche <input type="checkbox"/> torride	<input type="checkbox"/> sedia comoda <input type="checkbox"/> pappagallo <input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> condom <input type="checkbox"/> stomia (Tipo _____) <input type="checkbox"/> drenaggio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: se SI specificare segni e sintomi: _____ _____

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

AUTONOMIA	DIETA	STATO NUTRIZIONALE	PRESENZA DI	IDRATAZIONE
<div><input type="checkbox"/> totale</div> <div><input type="checkbox"/> difficoltà masticaz.</div> <div><input type="checkbox"/> parziale con aiuto</div> <div><input type="checkbox"/> tot. dipendente</div> <div>DEGLUTIZIONE</div> <div><input type="checkbox"/> normale</div> <div><input type="checkbox"/> disfagia a solidi</div> <div><input type="checkbox"/> disfagia a liquidi</div> <div>PROTESI:</div> <div><input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> infer.</div> <div><input type="checkbox"/> fissa <input type="checkbox"/> mobile</div> <div>PRESIDI:</div> <div><input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG/PEG-J</div> <div><input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> altro</div>	<div><input type="checkbox"/> dieta comune</div> <div><input type="checkbox"/> celiachia</div> <div><input type="checkbox"/> dieta speciale</div> <div>Restrizione dietetiche</div> <div>Intolleranze</div> <div>Allergie</div> <div>CAVO ORALE</div> <div><input type="checkbox"/> normale</div> <div><input type="checkbox"/> arrossamenti</div> <div><input type="checkbox"/> lesioni</div> <div><input type="checkbox"/> altro</div>	<div>(scala MNA)</div> <div><input type="checkbox"/> buono -normale</div> <div><input type="checkbox"/> rischio malnutrizione</div> <div><input type="checkbox"/> malnutrito</div> <div>Variazioni peso</div> <div>ultimi mesi Kg di</div> <div>aumento/perdita peso.</div> <div>OBSITA'</div> <div>Peso Kg x Altezza Mt</div> <div>= IMC:</div> <div><input type="checkbox"/> NORMALE (18,5-25)</div> <div><input type="checkbox"/> 1° GRADO (25-30)</div> <div><input type="checkbox"/> 2° GRADO (30-40)</div> <div><input type="checkbox"/> 3° GRADO (>40)</div>	<div><input type="checkbox"/> inappetenza</div> <div><input type="checkbox"/> polifagia</div> <div><input type="checkbox"/> disfagia</div> <div><input type="checkbox"/> nausea</div> <div><input type="checkbox"/> conato</div> <div><input type="checkbox"/> vomito</div> <div><input type="checkbox"/> stomatite</div> <div><input type="checkbox"/> cachessia</div> <div>ADDOME</div> <div><input type="checkbox"/> peristalsi</div> <div><input type="checkbox"/> timpanico</div> <div><input type="checkbox"/> trattabile</div> <div><input type="checkbox"/> dolente</div>	<div><div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div><div>6</div><div>7</div><div>8</div></div><div>tra 1 e 3</div><div><input type="checkbox"/> idratato</div><div>da 4 a 6</div><div><input type="checkbox"/> disidratato</div><div>da 7 a 8</div><div><input type="checkbox"/> gravemente</div><div>Disidratato</div></div> <div>IDRATAZIONE</div> <div><input type="checkbox"/> spontanea</div> <div><input type="checkbox"/> con aiuto</div> <div><input type="checkbox"/> dipendente</div>

 TAO: ☐ SI ☐ NO

 Ossigenoterapia: ☐ SI ☐ NO

 Farmaci H: ☐ SI ☐ NO

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

Patologia prevalente: _____

Patologia secondaria 1: _____

Patologia secondaria 2: _____

VALUTAZIONE BISOGNI INFERMIERISTICI (interventi e prestazioni per la cura della salute):

☐ **Cadenza Monitoraggio clinico parametri vitali:** _____

☐ **Patologie da monitorare:** _____

VALUTAZIONE DEL RISCHIO	GRADO			
• Rischio cadute (<i>scala di Conley</i>)	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
• Rischio infezioni (<i>ICA</i>)	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto

SCALE UTILIZZATE

DATA _____ Infermiere compilatore _____ FIRMA _____

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

STAMPARE Fronte/Retro