

 Casa di Cura Città di Bra Clinica Privata Accreditata	Direzione Sanitaria		Mod. 0427	Pag. 1 di 3
	Accertamento infermieristico all'ingresso		Parola chiave: <i>acc inf</i>	
			Rev. 02	del 19/06/2017

	Camera: _____ Medico di riferimento: _____	CARE GIVER	
		1 -	tel
		2 -	tel

Condizione familiare ☐ Vive solo ☐ Vive con _____ ☐ Altro _____
 Intervento _____ Data ricovero: _____

ANAMNESI	☐ Vedi scheda anestesiológica (esclude compilazione anamnesi)
-----------------	--

Allergie Riferite _____

 Patologie concomitanti _____
 Patologie pregresse _____

 Ricoveri ed interventi chirurgici pregressi _____

FARMACOTERAPIA DOMICILIARE				
Farmaco	Dosaggio	Q.tà	Orario	Sospeso dal:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

☐ Terapia anticoagulante _____ ☐ non sospesa
☐ sospesa il _____ ☐ sostituita con: _____

Documentazione consegnata

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Convenzionata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	Direzione Sanitaria Accertamento infermieristico all'ingresso	Mod. 0427	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: <i>acc inf</i>	
		Rev. 02	del 19/06/2017

MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO

Orientamento: ☐ orientato ☐ confuso ☐ disorientato
 Difficoltà/problemi di: ☐ memoria ☐ comprensione ☐ espressione ☐ linguaggio
 Udito ☐ ipoacusia ☐ sordità DX SX ☐ utilizzo di apparecchi acustici DX SX
 Vista ☐ uso di occhiali ☐ uso di lenti ☐ non vedente
 Altro _____

MODELLO PERCEZIONE DELLA SALUTE

☐ Interrotto da _____
☐ Uso di tabacco: N° Sigarette: _____
☐ Uso di alcool: tipo: _____ Q.tà/die _____
☐ Uso altre sostanze: tipo: _____ Q.tà/die _____
☐ Problemi nella compliance alle terapie ed ai trattamenti volti al mantenimento/ripristino della salute

MODELLO ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

Mobilizzazione ☐ autonoma ☐ ausili di supporto _____
☐ Necessita di aiuto per le attività quotidiane _____

MODELLO SISTEMA TEGUMENTARIO

Alterazione cute: ☐ Pallida ☐ Cianotica ☐ Itterica ☐ Disidratata
 Presenza di: ☐ Edemi ☐ Echimosi ☐ Arrossamenti ☐ Prurito ☐ Lesioni _____

MODELLO NUTRIZIONALE E METABOLICO

Peso _____ Altezza _____ Alimentazione non autonoma ☐ _____
 Difficoltà di ☐ masticazione ☐ deglutizione ☐ altro _____
 Protesi dentali ☐ _____
 Tipo di Dieta _____
 Assunzione di liquidi Q.tà: _____ l/gg

MODELLO ELIMINAZIONE

☐ Alterazione minzione _____ ☐ Alterazione alvo _____
 Ausili di supporto ☐ pannolone ☐ assorbente ☐ catetere vescicale, pos il _____ tipo _____
☐ cateterismo intermittente ☐ stomia tipo _____
☐ ultima evacuazione _____

 Casa di Cura Città di Bra <i>Clinica Privata Accreditata</i>	Direzione Sanitaria Accertamento infermieristico all'ingresso	Mod. 0427	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: <i>acc inf</i>	
		Rev. 02	del 19/06/2017

MODELLO SONNO-RIPOSO

Abitudine _____ ore/notte

Problematiche del sonno ☐ difficoltà ad addormentarsi ☐ risveglio precoce ☐ risvegli frequenti ☐ apnee notturne
☐ utilizzo di farmaci ipnoinducanti ☐ utilizzo CPAP ☐ altro _____

MODELLO ADATTAMENTO/COPING

Tono umore ☐ eutimico ☐ depresso ☐ ansioso ☐ euforico ☐ agitato ☐ altro _____

Cambiamenti / perdite importanti recenti: _____

MODELLO SESSUALITA'

Preoccupazioni inerenti la sfera _____
 sessuale o riproduttiva: _____

MODELLO VALORI e CONVINZIONI

Restrizioni/richieste dovute alla _____
 religione _____

NOTE

Data _____

Firma _____