



Cartella Infermieristica pre-dialisi

Signor / ra _____

	Data	Infermiere
Primo incontro		
Secondo incontro		

Dati anagrafici

Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile
Nazionalità	Telefono
Stato civile	Scolarità
Professione	
Domicilio <small>(comune/città)</small> Via <small>n° civico</small>	
Abitazione al piano _____	Ascensore presente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Puo' portare una carrozzina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Attività nel tempo libero	
.....	
.....	
.....	
.....	

Situazione familiare

Vive: <input type="checkbox"/> nella famiglia d'origine <input type="checkbox"/> coi figli <input type="checkbox"/> in struttura _____ <input type="checkbox"/> altro _____	Indico come persona di riferimento il signor/ra
	Carpi ___ / ___ / ___ (firma)
Note	
.....	

Capacità di cura di sè	Indipendente	Con ausili	Con aiuto da altri	Dipendente/inabile
Mangiare e bere				
Fare il bagno				
Vestirsi/cura dell'aspetto				
Mobilità nel letto				
Trasferimenti <small>(autonomia nel trasferimento su strada)</small>				
Deambulazione				
Salire le scale				
Gestione della terapia				

Modello di attività fisica

Pratica dello sport Si _____ No
(Specificare il tipo di sport)
 con frequenza _____
(specificare: settimanale, mensile, ecc.)

Esercizio fisico Assente Lieve Modesto Buono
(abitudine all'uso della bicicletta, passeggiate serali, ecc.)

In quale delle seguenti attività la persona si sente limitata?

	Molto limitato	Limitato	Non limitato
Fare alcune rampe di scale			
Salire alcuni gradini			
Passeggiare per più di un Km			

Abitudini personali

Trascorre periodi di vacanza al di fuori del domicilio
 Si _____ No
(Specificare località MONTANA O MARITTIMA)

Orari abituali dei pasti: Colazione _____ pranzo _____

Assunzione abituale di farmaci per il sonno

Modello di percezione della salute

Tabacco Si _____ No
(Specificare tipo e n° / giornaliero)

Alcool Si _____ No
(Specificare tipologia e numero di giorni nel mese)

Altre sostanze Si _____ No
(Specificare tipologia e numero di giorni nel mese)

Prova malessere o dolore in qualche zona del corpo?
 Si _____ No
(Specificare IN QUALE PARTE DEL CORPO viene avvertito il disagio)

Descrizione

Gestione del dolore

Modello Cognitivo - Percettivo

Stato mentale	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Orientato	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Afasico	<input type="checkbox"/> Difficoltà a riferire
	<input type="checkbox"/> Attendibile nel rispondere			<input type="checkbox"/> Non attendibile nel rispondere	

Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Pronuncia indistinta		<input type="checkbox"/> Parlare interrotto	
	<input type="checkbox"/> Afasia espressiva				

Capacità di comunicazione	<input type="checkbox"/> Ottima	<input type="checkbox"/> Discreta	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente	

Vista	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Ridotta	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Uso di occhiali o lenti

Udito	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Ridotta	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Uso di app. acustico

Modello nutrizionale - Metabolico

Dieta speciale / integratori					

Appetito	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Aumentato			
	<input type="checkbox"/> Diminuito	<input type="checkbox"/> Diminuita sensibilità gustativa			
	<input type="checkbox"/> Nausea	(<input type="checkbox"/> Nausea PRE prandiale	<input type="checkbox"/> Nausea POST prandiale)		
	<input type="checkbox"/> Vomito	(<input type="checkbox"/> Vomito PRE prandiale	<input type="checkbox"/> Vomito POST prandiale)		

Difficoltà di deglutizione	<input type="checkbox"/> Sì (<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> Liquidi)		<input type="checkbox"/> No	
Protesi dentaria	<input type="checkbox"/> Sì			<input type="checkbox"/> No	

Modello Educativo

<p>Ha già avuto qualche informazione sulla malattia? <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si (se Si quali informazioni ha ricevuto)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Qual è la cosa che più la preoccupa?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Ha già avuto in passato esperienze di malattia? <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si (se Si di quali malattie si tratta)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Cambiamenti o eventi importanti nell'ultimo anno</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Preoccupazioni dei familiari riguardo alla malattia</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Che cosa pensa della dialisi?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Che cosa la preoccupa di più nel dover eseguire la terapia dialitica?

.....

.....

.....

.....

Aspettative legate alla dialisi e al futuro in generale

.....

.....

.....

.....

Osservazioni generali

Atteggiamenti	del Paziente	del Familiare (se presente)
Comunicativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indifferente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Partecipativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desiderio di indipendenza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Relazione conclusiva

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1° incontro)

(firma) _____

