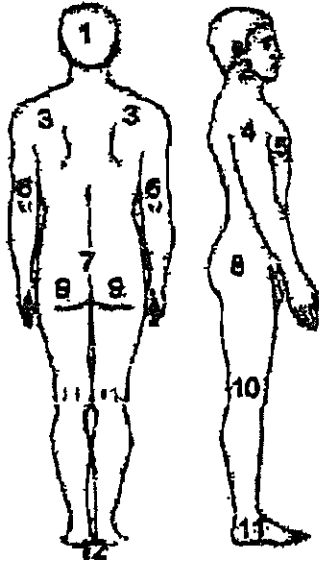


LESIONI DA DECUBITO

DATA 1° OSSERVAZIONE	NUMERO SEDE LESIONE (VEDI FIGURA)	GRADO LESIONE PRINCIPALE	CONDIZIONE LESIONE PRINCIPALE	BORDI LESIONE PRINCIPALE	CUTE PERILESIONALE
	Principale:	I II	Cm. _____	<input type="checkbox"/> LINEARI	
			<input type="checkbox"/> DETERSA	<input type="checkbox"/> MACERATI	<input type="checkbox"/> INTEGRA
		III IV	<input type="checkbox"/> FIDRINA	<input type="checkbox"/> NECROSI	<input type="checkbox"/> ARROSSATA
LESIONE PRESENTE all'INGRESSO:	Secondarie:	<input type="checkbox"/> ESCARA	<input type="checkbox"/> ESSUDATO	<input type="checkbox"/> INFETTI	<input type="checkbox"/> MACERATA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> NECROSI	<input type="checkbox"/> FRASTAGLIATI	
			<input type="checkbox"/> INFETTA		

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

Note



Legenda Stadiazione: I = Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione
II = Soluzione di continuo dell'epidermide e/o derma
III = Ulcera a tutto spessore
IV = Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee

INFERMIERI _____

DATA _____

SCHEDA D'INGRESSO

APPARATO RESPIRATORIO

RESPIRAZIONE SPONTANEA ☐ RESPIRAZIONE MECCANICA ☐

APPARATO NEUROLOGICO

ORIENTATO ☐
DISORIENTATO ☐
AGITATO ☐
SOPOROSO ☐
SEDA'IO ☐

EMIPARESI DX ☐
EMIPARESI SX ☐
TETRAPLEGIA ☐
PARAPLEGIA ☐
_____ ☐

PUPILLE DX SX

CUTE

NORMALE ☐
CIANOTICA ☐
PALLIDA ☐

ITTERICA ☐
SUDATA ☐
_____ ☐

LESIONI

ESCORIAZIONI ☐

FERITE ☐

FRATTURE ☐

ERITEMI ☐

USTIONI ☐

SEDI

POSITIVITÀ _____

ALLERGIE _____

SCHEDA DI TRASFERIMENTO

PAZIENTE PORTATORE DI

TRACHEO	<input type="checkbox"/>	S.N.G.	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
C.V.C.	<input type="checkbox"/>	C.V.P.	<input type="checkbox"/>	CAT. VESC.	<input type="checkbox"/>
DRENAGGI	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE

PARENTERAL.F.TOT.	<input type="checkbox"/>	ENTERAL.F.	<input type="checkbox"/>	ORAL.F.	<input type="checkbox"/>
AUTO SUFF.	<input type="checkbox"/>	PARZ. AUTONOMO	<input type="checkbox"/>	TOT. DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>

IGIENE PERSONALE

AUTO SUFF.	<input type="checkbox"/>	PARZ. AUTONOMO	<input type="checkbox"/>	TOT. DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

GRADO DI DIPENDENZA

TOTALE	<input type="checkbox"/>	MEDIO	<input type="checkbox"/>	BASSO	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

PARENTI AVVISATI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------	-----------------------------

INFERMIERI _____

DATA _____



**OSPEDALE S. ANDREA
CENTRO DI RIANIMAZIONE “Luciano Torricella”**

CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome	Nome
Nato a	il
Residente a	Via
Recapiti telefonici	

Provenienza	il	Ore
Professione	Religione	
Osservazioni		

Trasferito il	Destinazione
Osservazioni	

EFFETTI PERSONALI		
ABITI		
DOCUMENTI		
MONILI		
CONSEGNATI DA	QUALIFICA	FIRMA
CONSEGNATI A	DOCUMENTO N.	FIRMA