DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

DIARIO INTERVENTI

Utente. _____ **Foglio n°___ lato ___**

DATA FASCIA ORARIA Qualifica operat.	PROG Sì	PROG NO		SCALA DOLORE	SIGLA OP	SIGLA UTENTE

P.A.I.

Sede legale e amministrativa: Via Fleming 2, 26841 Casalpusterlengo (LO) P.IVA/C.F. 11824270158
TEL 0377 7710 • WEB www.assc.it • EMAIL info@assc.it • PEC assc@pec.it

PAI INIZIALE **Utente : _____ DATA: _____**

BISOGNO: riportare nella prima colonna la qualifica Operatore

OBIETTIVI riportare nella prima colonna la qualifica Operatore

STRATEGIE DI INTERVENTO riportare nella prima colonna la qualifica Operatore

Interventi svolti secondo:

□ le buone prassi assistenziali □ le indicazioni specialistiche □ le proced. ed i protocolli aziendali

INDICE DI BARTHEL: /100 **BRADEN: /23**

VNS: /10 o PAINAD: **TINETTI : /28 o MORSE:**

Mini Mental: /30

LESIONI CUTANEE:

PAI FINALE **DATA:_____**

INDICE DI BARTHEL: /100 **BRADEN: /23**

VNS: /10 o PAINAD: **TINETTI : /28 o MORSE:**

Mini Mental: /30

LESIONI CUTANEE:

VALUTAZIONE OBIETTIVI riportare nella prima colonna la qualifica Operatore

□ **non si propone il rinnovo del titolo**

□ **si propone il rinnovo del titolo**

RIDEFINIZIONE OBIETTIVI riportare nella prima colonna la qualifica Operatore

DATA_____ + FIRME OPERATORE/I e UTENTE /FAMILIARE PER CONDIVISIONE :

OSS	
IP	
M	
PSICOLOGO	
ALTRO……	
ALTRO……	
UTENTE O CAREGIVER	

SCALE
DI
VALUTAZIONE

Sede legale e amministrativa: Via Fleming 2, 26841 Casalpusterlengo (LO) P.IVA/C.F. 11824270158
TEL 0377 7710 • FAX 0377 81167 • WEB www.assc.it • EMAIL info@assc.it • PEC assc@pec.it

INDICE DI BARTHEL (Shal et al. J Clin Epidemiol 8:703, 1989)

A: totale incapacità nell'eseguire il compito (anche con aiuto)
B: necessita di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)
C: necessita di aiuto modesto e/o supervisione attiva (necessita di aiuto per portare a termine il compito)
D: necessita di aiuto minimo e/o supervisione passiva (è sufficiente la presenza di qualcuno anche senza intervento attivo)
E: totale indipendenza (la lentezza nell'eseguire il compito non modifica il punteggio purché non richieda l'intervento di terzi)** codificare solo se il punteggio nella deambulazione è zero o se l'ospite è addestrato all'uso della arrozzina

DATA DI VALUTAZIONE						_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	A	**B**	**C**	**D**	**E**					
Igiene personale	0	1	3	4	5					
Bagno / Doccia	0	1	3	4	5					
Toilette (uso dei servizi)	0	2	5	8	10					
Abbigliamento	0	2	5	8	10					
Continenza intestinale	0	2	5	8	10					
Continenza urinaria	0	2	5	8	10					
Alimentazione	0	2	5	8	10					
Trasferimento letto-carrozzina	0	3	8	12	15					
Salire le scale	0	2	5	8	10					
Deambulazione	0	3	8	12	15					
**** uso della carrozzina**	0	1	3	4	5					
PUNTEGGIO TOTALE (MAX 100)										
SIGLA COMPILATORE										

SCALA DI BRADEN

	DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SENSORIO: capacità di rispondere adeguatamente alla dolenza da pressione	**Nessun limite. Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriale che può limitare la capacità di sentire o comunicare dolore o malessere-scomodità.**	4					
	Leggermente limitato. Risponde ai comandi verbali ma non sempre comunica malessere-scomodità o il bisogno di essere girato. Oppure ha un danno del sensorio che limita le capacità di sentire dolore o malessere-scomodità in una o due estremità.	3					
	Molto limitato. Risponde solo a stimoli dolorosi, non comunica malessere-scomodità se non attraverso gemiti o agitazione. Oppure ha un disturbo del sensorio che limita la capacità di sentire dolore o malessere su più di metà del corpo	2					
	Completamente compromesso. Non risponde a stimoli dolorosi (congeniti, prese, movimenti) a causa di un ridotto livello di coscienza o per sedazione	1					
UMIDITA': grado di esposizione della pelle all'umidità	**Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine**	4					
	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	3					
	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno.	2					
	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione e dall'urina. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.	1					
ATTIVITA': grado di attività fisica	**Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)**	4					
	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	3					
	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle	2					
	Completamente allettato. Costretto a letto.	1					
MOBILITA': capacità di cambiare e controllare le posizioni del corpo	**Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza**	4					
	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente e da solo la posizione conservando i minimi spostamenti del corpo	3					
	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	2					
	Completamente immobile. Non può fare anche minimi cambiamenti di postura senza assistenza.	1					
NUTRIZIONE: assunzione usuale di cibo	**Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto (assume i 4 pasi della giornata). Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori**	4					
	Adeguata. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Raramente rifiuta un pasto. Assume abitualmente integratori se proposti. O si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	3					
	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono tre porzioni di carne o latticini al giorno: occasionalmente assume integratori alimentari. O riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	2					
	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di un terzo di qualsiasi pasto offerto. Assume 2 porzioni di proteine al giorno o meno, pochi liquidi e non assume integratori. O è a digiuno o è mantenuto a fleboclisi o assume solo acqua da più di 5 giorni.	1					
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO	**Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene sempre posture corrette a letto o in sedia.**	3					
	Problema potenziale. Si muove poco o necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona o con la contenzione. Mantiene una buona postura seduta: occasionalmente può slittare	2					
	Problema. Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti. Striscia sulle coperte. Frequentemente scivola nel letto o sulla poltrona e richiede riposizionamento con massima assistenza. Presenti spasticità, contrazioni, agitazione con costante attrito contro il letto o la poltrona.	1					
	TOTALE (max 23)	--					
	SIGLA OPERATORE	--					

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DATA	SIGLA

Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE PAINAD

DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE PAINAD

DATA DI VALUTAZIONE		– –	– –	– –	– –	– –	– –	– –
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx								
DATA DI VALUTAZIONE		– –	– –	– –	– –	– –	– –	– –
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE PAINAD

DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx								
DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE PAINAD

DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx								
DATA DI VALUTAZIONE		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Respirazione	Normale. Respiro affannoso. Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Vocalizzazione	Nessun problema. Pianti occasionali o brontolii. Ripetuti urli o lamenti.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo. Triste e/o ciglia aggrottate. Smorfie.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Linguaggio del corpo	Rilassato. Teso. Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato. Confuso e che cerca rassicurazione. Incapacità di distrazione e/o consolazione.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTALE TEST (MAX 10)								
SIGLA COMPILATORE								

SCALA DI TINETTI (Mary Tinetti, 1986)		_ _	_ _	_ _
Equilibrio da seduto	si inclina, scivola dalla sedia è stabile, sicuro	0 1	0 1	0 1
Alzarsi dalla sedia	è incapace senza aiuto deve aiutarsi con le braccia si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Tentativo di alzarsi	è incapace senza aiuto capace, ma richiede più di un tentativo capace al primo tentativo	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Equilibrio nella stazione eretta prolungata	instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) stabile ma a base allargata (i malleoli mediali distano >10 cm) stabile, a base stretta, senza supporti	0 1 2	0 1 2	0 1 2
In caso di una leggera spinta(pz. con piedi vicini, spinta 3 volte sullo sterno)	Instabile Stabile	0 1	0 1	0 1
Ad occhi chiusi(pz. con piedi vicini, spinta 3 volte sullo sterno)	incomincia a cadere oscilla, si afferra ad un oggetto, ma si riprende da solo stabile	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Girarsi di 360 gradi	A passi discontinui A passi continui	0 1	0 1	0 1
	instabile, barcolla, deve afferrarsi ad un oggetto stabile	0 1	0 1	0 1
Sedersi	insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) usa le braccia, o ha un movimento discontinuo sicuro, movimento continuo	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	TOTALE EQUILIBRIO (MAX 16)			
Inizio della deambulazione (subito dopo il comando)	una certa esitazione o più tentativi nessuna esitazione	0 1	0 1	0 1
Lunghezza ed altezza del passo	Il piede dx non supera il sn il piede dx supera il sn	0 1	0 1	0 1
	il piede dx non si alza completamente dal pavimento il piede dx si alza completamente dal pavimento	0 1	0 1	0 1
	Il piede sn non supera il dx il piede sn supera il dx	0 1	0 1	0 1
	il piede sn non si alza completamente dal pavimento il piede sn si alza completamente dal pavimento	0 1	0 1	0 1
Simmetria del passo	il passo dx e sn non sembrano uguali il passo dx e sn sembrano uguali	0 1	0 1	0 1
Continuità del passo	Interrotto e discontinuo Continuo	0 1	0 1	0 1
Passo	Deviazione marcata deviazione lieve o moderata, o uso di ausili assenza di deviazione e di uso di ausili	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Comportamento del tronco	marcata oscillazione o uso di ausili flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Cammino	i talloni sono separati i talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1	0 1	0 1
	TOTALE ANDATURA (MAX 12)			
	TOTALE TEST (MAX 28)			
	SIGLA COMPILATORE			

SCALA DI MORSE

DATA DI VALUTAZIONE				_ _ _	_ _ _	_ _ _
QUESITI/ITEM		**SI**	**NO**			
ANAMNESI DI CADUTE	Caduto nei 3 mesi precedenti o caduto per la 1° volta	25	0			
DIAGNOSI	Più di una diagnosi medica (es diabete e neoplasia)	15	0			
MOBILITA'	Cammino senza ausili (con o senza aiuto)	0				
	Assistita d un inferm/operatore, usa la sedia a rotelle	0				
	Immobilizzato a letto	0				
	Usa le stampelle, il bastone o il deambulatore	15				
	Cammina aggrappandosi agli arredi	30				
TERAPIA	In terapia infusioni endovenose o è portatore di catetere vescicale	20	0			
ANDATURA	Normale o costretto a letto	0				
	Debole	10				
	difficoltosa	20				
STATO MENTALE	Consapevolezza delle proprie capacità	0				
	Sovrastima le proprie capacità	15				
	PUNTEGGIO FINALE (MAX 125)					
	SIGLA OPERATORE					

MONITORAGGIO LESIONI DA DECUBITO

STADIO secondo NPUAP	SEDE E MEDICAZIONE	CARTATTERISTICHE LESIONE								DATA	SIGLA OPERATORE
		DIMENSIONE (IN CM)	ESCARA	FIBRINA	INFEZIONE	ESSUDATO	FONDO GRANULEGGIANTE	SOTTOMINATA	ESCAVATA	/ /	

MONITORAGGIO LESIONI
(VASCOLARI, TRAUMATICHE, CHIRURGICHE, FISTOLE)

DATA	SEDE	DESCRIZIONE (aspetto, dimensioni, ecc) e MEDICAZIONE	SIGLA OPERAT.

SCALA DI RUDKIN

Per la valutazione del grado di sedazione dei pazienti in Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa

Data
GRADO DI SEDAZIONE
1 Paziente sveglio e orientato
2 Sonnolente ma risvegliabile
3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5 Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile
Firma dell'operatore

Data
GRADO DI SEDAZIONE
1 Paziente sveglio e orientato
2 Sonnolente ma risvegliabile
3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5 Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile
Firma dell'operatore

Data
GRADO DI SEDAZIONE
1 Paziente sveglio e orientato
2 Sonnolente ma risvegliabile
3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5 Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile
Firma dell'operatore

Data
GRADO DI SEDAZIONE
1 Paziente sveglio e orientato
2 Sonnolente ma risvegliabile
3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5 Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile
Firma dell'operatore

Data
GRADO DI SEDAZIONE
1 Paziente sveglio e orientato
2 Sonnolente ma risvegliabile
3 Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4 Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
5 Occhi chiusi non rispondente a uno stimolo tattile
Firma dell'operatore