

UNITA' OPERATIVA _____

REGIONE
VENETOISTITUTO
ONCOLOGICO
VENETO

SCHEDA INFERMIERISTICA DI TRASFERIMENTO

Cognome Nome Data di nascita/...../.....

Data del ricovero Sesso M ☐ F ☐ Età.....

Diagnosi medica / motivo del trasferimento:

Altre patologie concomitanti: ☐ diabete ☐ ipertensione ☐ cardiovascolari ☐ cerebrovascolari ☐ BPCO ☐ renali
☐ epatiche ☐ oncologica:

Provenienza : da casa ☐ (abita da solo ☐ abita coi familiari☐ da Struttura Residenziale Sanitaria ☐

Persone referenti(Tel.).....

RESPIRAZIONE/ CIRCOLAZIONE	<input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea: [] a riposo [] da sforzo	<input type="checkbox"/> Con ossigeno (lt/min) [] occhiali [] maschera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINAZIONE	<input type="checkbox"/> Continenza <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria [] occasionale [] permanente	<input type="checkbox"/> Continenza <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale [] occasionale [] permanente Ult. evacuazione il	<input type="checkbox"/> C.V. CH 1° posiz.: sostituito il:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stomie/drenaggi specificare:				
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Libera/completa	<input type="checkbox"/> Dieta specifica	<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> SNG (ristagno gx) dal:.....	<input type="checkbox"/> N.E.: dal: [] SNG [] PEG
	<input type="checkbox"/> N.P.T. dal:	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Con aiuto (posizionare e/o imboccare)	
MOBILIZZAZIONE/ DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto di terzi <input type="checkbox"/> Con ausili	<input type="checkbox"/> Allettamento	<input type="checkbox"/> Prescrizione di <i>riposo a letto</i>
IGIENE/ CURA DI SE'	<input type="checkbox"/> Autonoma		<input type="checkbox"/> Con aiuto di terzi	<input type="checkbox"/> Tot. dipendente
SENSORIO	<input type="checkbox"/> Deficit visivo <input type="checkbox"/> Cecità completa		<input type="checkbox"/> Deficit uditivo <input type="checkbox"/> Sordità completa	
	<input type="checkbox"/> Lingua straniera		<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Disartria
	<input type="checkbox"/> Dolore : [] assente [] presente.....		Sede:	
STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Confuso/disorientato	<input type="checkbox"/> Stuporoso	<input type="checkbox"/> Incosciente

UNITA' OPERATIVA _____

REGIONE
VENETOISTITUTO
ONCOLOGICO
VENETO

Cognome Nome Data di nascita/...../.....

NOTE PARTICOLARI	Allergie riferite: _____	Positività sierologia accertata per: _____
	In terapia con: <input type="checkbox"/> anticoagulanti <input type="checkbox"/> antipertensivi <input type="checkbox"/> anticomiziali <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> altro	
CUTE / MUCOSE	<input type="checkbox"/> Integra	
	<input type="checkbox"/> Ferite/lesioni Presenti all'ingresso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	se ldp: sede e grado Sacro Trocantere dx sn Tallone dx sn Altro I II III IV I II III IV I II III IV I II III IV	
	Note: Legenda I II III IV stadiazione eritema cutaneo stabile perdita parziale della cute perdita completa della cute e sottocute estesa distruzione dei tessuti (muscolo e osso) Trattamento	
ACCESSI VENOSI	<input type="checkbox"/> Ago cannula periferico sede	
	<input type="checkbox"/> CVC	
	Tipo Sededal Ultima medicazione: data trattamento.....	
	

Ultima terapia somministrata:.....

.....

.....

Annotazioni:.....

.....

.....

Cordiali saluti

Firma INFERMIERE