

**ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO U.O. ONCOLOGIA - RADIOTERAPIA**

Cognome Nome: ..... Data nascita: .....  
(se necessario)

**1. MODELLO PERCEZIONE/GESTIONE DELLA SALUTE**

☐ Allergie riferite .....  
☐ Positività sierologica accertata per: ☐ HCV ☐ HBV ☐ HIV ☐ .....

**2. ESAME FISICO**

**RESPIRAZIONE/CIRCOLAZIONE:** ☐ eupnea ☐ dispnea: ☐ a riposo ☐ da sforzo  
☐ tosse ☐ espettorato ☐ emottisi  
☐ O<sub>2</sub> lt/min: ..... ☐ maschera ☐ occhialini / ☐ continua ☐ al bisogno  
☐ tracheostomia: tipo di cannula: ..... n. .... posizionata il .....  
☐ autonomo nella gestione della stomia (paziente / famiglia): ☐ sì ☐ no

**3. MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO – RIPOSO/SONNO**

**STATO DI COSCIENZA:** ☐ lucido ☐ apatico ☐ confuso / disorientato: ☐ spazio ☐ tempo  
☐ soporoso ☐ incosciente / comatoso (eventuale Glasgow ..... )  
**SENSORIO:** vista: ☐ nella norma ☐ deficit visivo .....  
udito: ☐ nella norma ☐ deficit uditivo .....  
**DOLORE:** ☐ assente ☐ presente: intensità (VNS) ☐ 0 (assenza dolore) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (massimo dolore tollerabile)  
sede: .....  
tipo: ☐ acuto ☐ cronico ☐ costante ☐ intermittente ☐ transitorio  
quando: .....  
in trattamento analgesico con: .....  
**RIPOSO - SONNO:** ☐ ritmo sonno-veglia: ☐ nella norma ☐ alterato .....  
☐ induce il sonno con farmaci .....

**4. MODELLO ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO**

**IGIENE PERSONALE / CURA DI SE':** ☐ autonoma ☐ con aiuto ☐ totalmente dipendente  
(condizioni pregresse): ☐ autonoma ☐ con aiuto ☐ totalmente dipendente  
grado di collaborazione familiare: ☐ igiene totale del paziente ☐ igiene parziale del paziente  
**MOBILIZZAZIONE / DEAMBULAZIONE:** ☐ autonoma ☐ con aiuto ☐ con ausili ..... ☐ totalmente dipendente

**5. MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO**

**ALIMENTAZIONE:** ☐ autonoma ☐ con aiuto (posizionare e/o imboccare)  
☐ inappetenza ☐ nausea / vomito  
☐ difficoltà alla deglutizione: ☐ solidi ☐ liquidi .....  
☐ ulcerazioni / infezioni della bocca  
☐ N.E. dal ..... : ☐ SNG tipo: ..... ch: ..... posizionato il ..... ultima sostituzione .....  
☐ PEG tipo: ..... ch: ..... posizionato il ..... ultima sostituzione .....  
☐ N.P.T. dal ..... : ☐ CVC tipo: ..... Fr: ..... posizionato il ..... ultima sostituzione .....  
☐ PORT-A-CATH ..... Fr: ..... posizionato il ..... ultima sostituzione .....  
☐ N.P.P. dal ..... : ☐ CVP tipo: ..... G: ..... posizionato il ..... ultima sostituzione .....  
**Valutazione patrimonio venoso periferico:** ☐ buono ☐ discreto ☐ difficoltoso .....

## 6. MODELLO ELIMINAZIONE

**ELIMINAZIONE INTESTINALE:** ☐ regolare (secondo normali abitudini) ☐ diarrea ☐ stipsi  
☐ uso abituale di lassativi .....  
☐ continente ☐ occasionalmente incontinente ☐ incontinente

**ELIMINAZIONE VESCICALE:** ☐ regolare (secondo normali abitudini) ☐ disuria (dolore alla minzione)  
☐ occasionalmente incontinente  
☐ C.V. tipo: ..... ch: ..... 1°posiz. il ..... ultima sostituz.: .....

## 7. MODELLO RUOLO-RELAZIONE

**COMUNICAZIONE:** ☐ normale ☐ afasia ☐ disartria .....  
☐ lingua straniera: .....

**CUTE/MUCOSE:** ☐ lesioni cutanee e/o ferite all'ingresso: ☐ no ☐ si sede: .....  
.....  
causa: .....  
☐ drenaggi: tipo ..... sede: .....

☐ scheda indice di Braden: punteggio = ..... (rischio  $\leq 14$   
massimo rischio  $\leq 12$ )  
(consegnata nel paziente costretto a letto, su sedia, con gravi difficoltà di mobilizzazione, incontinente, con gravi alterazioni del livello di coscienza)

☐ lesioni da pressione (ldp) presenti all'ingresso: ☐ no ☐ si  
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)

☐ scheda di monitoraggio delle ldp  
☐ portatore di protesi (tipo ..... )

Data .....

Firma Infermiere.....