

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

Stato di coscienza: ORIENTATO DISORIENTATO COMA

Respirazione: AUTONOMA VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA OSSIGENO

Paziente collaborante: SI NO

Deambulazione autonoma: SI NO

Alimentazione: AUTONOMA SONDINO NASO-GASTRICO PEG APT ALTRO _____

Continenza urinaria: SI NO

pannoloni
 catetere vescicale, tipo _____
 altro _____

Continenza fecale: SI NO

Portatore di stomia: NO SI modello e misura _____

Accesso venoso centrale: NO SI tipo e gestione _____

Allergie e intolleranze:

Lesioni da decubito: NO SI

sede e grado _____

Ausili/Protesi: NO

specificare _____

Terapia farmacologica: NO SI

Specificare _____

Proposta accessi del medico di medicina generale/ pediatra di libera scelta

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Proposta frequenza e durata accesso infermieristico

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min. _____

Proposta frequenza e durata accesso del fisioterapista

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min. _____

Proposta frequenza e durata accesso dell'operatore socio sanitario

n. _____ volte al giorno ogni _____ giorni n. _____ volte a settimana

Tempistica media min. _____

Data _____

Timbro e firma Medico
