



REGIONE CALABRIA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 7 - CATANZARO**  
COMPLESSO OSPEDALIERO SOVERATO-CHIARAVALLE

**CARTELLA INFERMIERISTICA**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ ASL app. Nr.: \_\_\_\_\_ di: \_\_\_\_\_  
DIVISIONE: \_\_\_\_\_ RICOVERO nr.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Letto: \_\_\_\_\_  
urgente  non urgente  programmato  mezzo/modalità: \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI RACCOLTA DATI ALL'INGRESSO**

Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_  
Stato civile: coniugato  non coniugato  vedovo  separato  divorziato  convivente   
Persone di supporto: NO  SI  - cog. Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Note segnalate dal malato: \_\_\_\_\_  
Medico di base: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Dati medici (desunti dalla cartella clinica):**

Diagnosi medica di accettazione: \_\_\_\_\_  
Terapie in corso a domicilio: NO  SI  \_\_\_\_\_  
ALLERGIE RIFERITE DAL PAZIENTE \_\_\_\_\_  
VACCINAZIONI eseguite: antitetanica NO  SI  data: \_\_\_\_\_ altre: \_\_\_\_\_  
MALATTIE TRASMISSIBILI: NO  NON SA  SI  \_\_\_\_\_

**Dati riferiti ai bisogni e alle attività quotidiane (desunti dal colloquio con il paziente)**

**1) Sentirsi bene (assenza di dolore):**

Espressione generica di benessere  malessere  o indifferenza   
Specificare i motivi: a) fisici  b) psico-relazionali  c) altro  \_\_\_\_\_  
Aspetto: rilassato  sofferente  altro  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**2) Respirazione:**

Tipo di respiro: normale  alterato  altro  \_\_\_\_\_ Fumatore: NO  SI  Nr. \_\_\_\_\_  
postura ortopnoica: NO  SI  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**3) Circolazione:**

Temperatura degli arti: normale  alterata  \_\_\_\_\_ Aspetto normale  alterato  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**4) Alimentazione e idratazione:**

Autonomia per l'alimentazione: totale  parziale  nulla  sondino  naso gast  data pos. \_\_\_\_\_ data rim. \_\_\_\_\_  
cibi preferiti: \_\_\_\_\_ rifiutati: \_\_\_\_\_  
diete: NO  SI  tipo: \_\_\_\_\_  
condizioni dei denti: Normali  Alterati  Protesi: NO  SI  Fissa  Mobile   
condizioni gengive, lingua, cavo orale: Normali  Alterate  \_\_\_\_\_  
abitudini igieniche: si lava regolarmente NO  SI  Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**5) Evacuazione:**

Abitudini intestinali: Frequenza: Regolare  Alterata ; Carattere delle feci: Normali  Alterate  \_\_\_\_\_  
Abitudini urinarie: Frequenza: Regolare  Alterata ; Carattere urine: Normali  Alterate  \_\_\_\_\_  
Cat. vers.  data posizionamento \_\_\_\_\_ data rimozione \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**6) Movimenti:**

Grado di autonomia: totale  parziale  nulla  Postura obbligata: NO  SI  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**7) Igiene e protezione tegumenti:**

Condizioni igieniche: buone  discrete  altro  \_\_\_\_\_  
cute e mucose: colore \_\_\_\_\_ aspetto \_\_\_\_\_  
autonomia: lavarsi Si  in parte  No  - pettinarsi Si  in parte  No  - radarsi Si  in parte  No   
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**8) Sonno e riposo:**

Abitudini riguardo agli orari di riposo e di sonno: normali  alterate  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_

**9) Comunicazione e rapporti sociali:**

Espressione del viso: vivace  spenta  fissa  Parola: normale  altro  \_\_\_\_\_  
orientato  non orientato  \_\_\_\_\_  
reazione al ricovero: accettazione  ansia  rifiuto  Aspettative: guarire  migliorare  nessuna   
problemi psicologici derivanti dalla malattia e/o ricovero: \_\_\_\_\_  
Vista: normale  altro  \_\_\_\_\_ Udito: normale  altro  \_\_\_\_\_  
relazioni con i parenti: problemi: NO  SI  \_\_\_\_\_  
livello di integrazione sociale: buono  alterato  \_\_\_\_\_  
necessità di supporto sociale: NO  SI  \_\_\_\_\_  
Eventuali problemi: \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PROBLEMI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA DIMISSIONE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Scheda compilata il \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_