Allegato 2
“Cartella Assistenziale”

La documentazione assistenziale viene utilizzata dall’Infermiere per registrare i dati raccolti e include una parte per la pianificazione assistenziale, come metodologia di lavoro prevista dalla normativa vigente (L251 10/08/2000).
La cartella, a supporto dell’attività dell’Infermiere dell’ambulatorio scompenso, è stata predisposta con le seguenti sezioni:.

- Frontespizio con dati anagrafici del paziente
- L’accertamento infermieristico secondo gli 11 modelli funzionali della Gordon
- Piani assistenziali standardizzati per le principali diagnosi infermieristiche che includono lo spazio per la registrazione della valutazione dei raggiungimento degli obiettivi in itinere e finali
- Scheda di monitoraggio, con annessa sezione per l’educazione terapeutica

FRONTESPIZIO

AMBULATORIO INFERMIERISTICO TERRITORIALE

SCOMPENSO CARDIACO

CARTELLA INFERMIERISTICA

Nome

Cognome

Data di nascita

Residenza

Familiari di riferimento/ grado di parentela

Recapiti telefonici

Medico di Medicina Generale

Data presa in carico

Stadio

Ricoveri negli ultimi 6 mesi

Esenzione ticket n° codice

Accertamento

Cognome **Nome**

Modello ruolo/relazioni

Vive solo	sì	no	
Con il coniuge	sì	no	
Ha dei figli	sì	no	
Quanti?			
Caregiver	sì	no	

Modello cognitivo percettivo

Condizioni mentali			
vigile/orientato	sì	no	
depresso/ansioso	sì	no	
agitato/aggressivo	sì	no	
Comunicazione:			
appropriata	sì	no	
incoerente	sì	no	
Capacità di comprendere	sì	no	
Comprensione Lingua	sì	no	
Problemi uditivi			
ipocusia	sì	no	
sordità	sì	no	
Problemi visivi			
ipovisione	sì	no	
cecità	sì	no	
Soffre di vertigini?	sì	no	
Presenta dolore?	sì	no	
In quale sede			
Assume farmaci per il dolore?	sì	no	quali?
con esito positivo?	sì	no	

Pagina 1

Modello di percezione della salute

Come si sente?	bene	affaticato	
se affaticato in quale occasione?			
da che cosa è scatenato?			
è alleviato dal riposo?	sì	no	
è in grado di svolgere le attività quotidiane?	sì	no	
Farmaci al domicilio	vedi schema terapeutico		
Li assume regolarmente?	sì	no	
L'aiuta qualcuno?	sì	no	Chi?
Ha problemi ad assumere la terapia?	sì	no	Quali?
Conosce gli effetti dei farmaci che assume ?	si	no	Quali?
Presenta allergie?	sì	no	Quali?
Fuma? (specificare cosa)	sì	no	ex fumatore
Quanto fuma/fumava al giorno?			
Da quanto tempo?			
Beve alcolici?(specificare cosa)	sì	no	
Quanti bicchieri die?			
Fa uso di stupefacenti?	sì	no	Quali?
E' in grado di riconoscere segni/sintomi dello scompenso?	sì	no	
se si quali sono?			
E' in grado di rilevare i principali parametri vitali?	sì	no	

Modello di attività/esercizio fisico			
Fa attività fisica?	sì	no	
Quale?			
Per quanto tempo?			
Utilizza dei presidi per la deambulazione?	sì	no	
Sale le scale?	sì	no	
Quanti gradini?			
Modello nutrizionale metabolico			
Dieta assunta :			
Cibi ricchi di lipidi	sì	no	
Cibi ricchi di proteine	sì	no	
Cibi ricchi di carboidrati	sì	no	
Utilizza il sale per insaporire i cibi?	sì	no	Quantità stimata
Conosce gli effetti del sale sul suo stato di salute?	sì	no	
Appetito:			
Normale	sì	no	
aumentato	sì	no	
diminuito	sì	no	
Vomito	sì	no	
Nausea	sì	no	
associato a			
Altro			
Variazioni di peso nell'ultima settimana?	sì	no	Kg di aumento/perdita
Quanti liquidi beve al gg?			
Conosce la quantità di liquidi raccomandata?			
Stato nutrizionale	buono		
	discreto		
	scadente		
	cachettico		
Modello eliminazione intestinale			
Eliminazione normale	sì	no	
Incontinenza	sì	no	
Stipsi	sì	no	
Fa uso di lassativi?	sì	no	Quali?
Diarrea	sì	no	
Altro			
Stomia	sì	no	
Modello eliminazione vescicale			
Eliminazione normale	sì	no	
Incontinenza	sì	no	
alterazioni	sì	no	Quali?
Altro			

Pagina 2

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
INEFFICACE GESTIONE DEL REGIME DIETETICO/TERAPEUTICO correlata a mancanza di conoscenze che si manifesta con assunzione abbondante di cibi ricchi di lipidi, carboidrati e ricchi di sale	COMPLESSITA' DEL REGIME TERAPEUTICO	DICHIARATA DIFFICOLTA' A REGOLARE UNO O Più REGIMI TERAPEUTICI PRESCRITTI PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA	il paziente parteciperà al contratto educativo di sicurezza entro	LA PERSONA CONOSCERA QUALI SONO GLI ALIMENTI ADEGUATI PER LA SUA PATOLOGIA.		Guida all'uso del sale:effetti, alternative, alimenti consigliati e sconsigliati.Guida per una corretta alimentazione.	data inf	Questionario V/F Domande orali	si no si no		si no si no
	NON CONOSCENZA DEI TRATTAMENTI			La persona conoscerà i fattori di rischio legati ad una scorretta alimentazione.	SPIEGARE E DISCUTERE SUL REGIME DI TRATTAMENTO, LE RAGIONI DEL REGIME DI TRATTAMENTO, LE ASPETTATIVE, EFFETTI COLLATERALI, LA NECESSITA' DI CAMBIAMENTI NELLO STILE DI VITA, IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE, IL FOLLOW UP	Registro di segnalazione dell'introduzione giornaliera del sale: diario giornaliero. Registro di segnalazione dell'alimentazione giornaliera	data inf				
				La persona assumerà una ridotta quantità di sale durante i pasti		Incontri programmati con dietiste					

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
Riduzione della capacità fisica di tollerare l'attività a livello desiderato correlata a compromissione del sistema di trasporto dell'ossigeno secondaria a scompenso cardiaco	Fisiopatologici	DURANTE L'ATTIVITA':astenia, dispnea; DOPO 3 MINUTI: dispnea, FC >24/min	il paziente parteciperà al contratto educativo di sicurezza entro	La persona conoscerà l'importanza di una corretta attività fisica.La persona svolgerà esercizi di attività fisica in base al suo stato di salute. La persona conoscerà i fattori di rischio legati ad una scorretta attività fisica	spiegare le attività e i fattori che aumentano il fabbisogno di ossigeno	opuscolo su eventuali esercizi fisici da svolgere, e il tempo di riposo neccessario.	data inf	Questionario V/F Domande orali	si no si no	si no si no	data inf
				la persona sarà in grado di rilevare la PA e la FC prima dell'attività e dopo	suggerire idee su come conservare l'energia	Diario giornaliero sull'attività fisica svolta. Diario con segnalazione delle risposte anomale dopo attività fisica					
					insegnare tecniche efficaci di respirazione	incontri di gruppo con specialisti per insegnare tecniche di respirazione ed esercizi adatti alla patologia					

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
INEFFICACE GESTIONE DEL REGIME TERAPEUTICO CORRELATO A INSUFFICIENTE CONOSCENZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA che si manifesta con	COMPLESSITA' DEL REGIME TERAPEUTICO	DICHIARATA DIFFICOLTA' A REGOLARE UNO O Più REGIMI TERAPEUTICI PRESCRITTI PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA	il paziente parteciperà al contratto educativo di sicurezza entro	la persona riuscirà a riconoscere: dosaggio, via di sommin., orari, spiegazioni sugli effetti e controindicazioni dei farmaci se non assunti	Educare il paz alla corretta modalità di assunzione della terapia	Fascicolo con spiegazione dei principali farmaci per lo scompenso e patologie frequenti concomitanti	data inf	domande orali			
	NON CONOSCENZA DEI TRATTAMENTI				SPIEGARE E DISCUTERE SUL REGIME DI TRATTAMENTO, LE RAGIONI DEL REGIME DI TRATTAMENTO, LE ASPETTATIVE, EFFETTI COLLATERALI, LA NECESSITA' DI CAMBIAMENTI NELLO STILE DI VITA, IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE, IL FOLLOW UP,SEGNI E SINTOMI DI COMPLICANZE	Incontro con MMG per eventuali rinforzi su determinati farmaci					

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
INEFFICACE GESTIONE DEL REGIME TERAPEUTICO correlata a mancanza di conoscenze che si manifesta con assunzione di alcol	COMPLESSITA' DEL REGIME TERAPEUTICO	DICHIARATA DIFFICOLTA' A REGOLARE UNO O Più REGIMI TERAPEUTICI PRESCRITTI PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA	il paziente parteciperà al contratto educativo di sicurezza entro	La persona assumerà una ridotta quantità di alcol durante il giorno. La persona conoscerà i fattori di rischio legati all'assunzione di alcol.		opuscolo con informazioni relative all'assunzione di alcol	data inf				
	NON CONOSCENZA DEI TRATTAMENTI				SPIEGARE E DISCUTERE SUL REGIME DI TRATTAMENTO, LE RAGIONI DEL REGIME DI TRATTAMENTO, LE ASPETTATIVE, EFFETTI COLLATERALI, LA NECESSITA' DI CAMBIAMENTI NELLO STILE DI VITA, IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE, IL FOLLOW UP,SEGNI E SINTOMI DI COMPLICANZE	Incontro con specialisti					

DATA

COGNOME

NOME

Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
INEFFICACE GESTIONE DEL REGIME TERAPEUTICO correlata a insufficiente conoscenza degli effetti del tabacco che si manifesta con utilizzo di nicotina	COMPLESSITA' DEL REGIME TERAPEUTICO	DICHIARATA DIFFICOLTA' A REGOLARE UNO O Più REGIMI TERAPEUTICI PRESCRITTI PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA	il paziente parteciperà al contratto educativo di sicurezza entro	La persona riconoscerà gli effetti a breve e lungo termine del consumo di tabacco, riconoscerà i benefici dell'astensione dal consumo di tabacco, esprimerà interesse nei confronti della sua salute, indicherà strategie che l'aiutino a cessare il consumo di tabacco , ridurrà in misura significativa la quantità di	EDUCARE LA PERSONA A non fumare	Istruire sugli effetti dannosi del fumo; conseguenze sull'apparato c.circolatorio.	data inf				
	NON CONOSCENZA DEI TRATTAMENTI				SPIEGARE E DISCUTERE SUL REGIME DI TRATTAMENTO, LE RAGIONI DEL REGIME DI TRATTAMENTO, LE ASPETTATIVE, EFFETTI COLLATERALI, LA NECESSITA' DI CAMBIAMENTI NELLO STILE DI VITA, IL MONITORAGGIO DELLA CONDIZIONE, IL FOLLOW UP,SEGNI E SINTOMI DI COMPLICANZE	Incontro con specialisti					

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
nausea	Correlata a trattamenti; correlata agli effetti della digitale	la persona riferisce nausea		la persona riferirà una diminuizione della nausea	spiegare la causa della nausea, insegnare tecniche di riduzione della nausea	guida sulle tecniche di riduzione della nausea	data inf				

DATA

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
ANSIA	correlata a minaccia reale o percepita all'integrità biologica secondaria a malattia	si manifesta con sintomi fisiologici,emozionali e cognitivi a seconda del livello di ansia		la persona descriverà la propria ansia, userà un modello di coping efficace per la gestione dell'ansia, riferirà di stare meglio sul pino fisico e psichico	aiutare la persona a ridurre il suo stato di ansia, garantire rassicurazione e confort,aiutare la persona a riconoscere la propria ansia per iniziare la soluizone dei problemi	opuscolo informativo sulla malattia, sui trattamenti, sulle tecniche di rilassamento, su come mantenere il benessere fisico, con numeri di telefono utili	data inf				
						registro su cui annotare cosa procura ansia ,quando, per quanto tempo e analizzarlo					

DATA

Firma del care-giver _____

COGNOME _____

NOME _____ Firma del paziente _____

DIAGNOSI INFERMIERISTICA	FATTORI CORRELATI	CARATTERISTICHE DEFINENTI	OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	METODO EDUCATIVO	STRUMENTO EDUCATIVO	ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE DI APPRENDIMENTO	valutazione in itinere data _____ sigla inf _____	eventuale rinforzo data _____ sigla inf _____	valutazione finale data _____ sigla inf _____
dolore cronico		la persona riferisce che il dolore è presente da oltre 6 mesi	la persona riferirà una diminuzione del dolore e un miglioramento nello svolgimento delle attività quotidiane		insegnare misure non invasive per alleviare il dolore	opuscolo informativo sul dolore, sui trattamenti, sulle tecniche di rilassamento, su come mantenere il benessere fisico	data inf				

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

MONITORAGGIO ASSISTENZIALE PER SCOMPENSO CARDIACO

NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA

N.B. Le domande dei modelli con asterisco (*) possono essere utilizzate per l'intervista telefonica

	DATA	DATA	DATA
STADIO dello scompenso			
Accertamento effettuato	☐ telefonicamente ☐ direttamente	☐ telefonicamente ☐ direttamente	☐ telefonicamente ☐ direttamente
Modelli funzionali di salute			
Percezione della salute (*)	☐ migliorato	☐ migliorato	☐ migliorato
(come si sente?)	☐ peggiorato	☐ peggiorato	☐ peggiorato
	☐ stabile	☐ stabile	☐ stabile
Note			
Attività-Esercizio fisico (*)			
(cammina?)			
Note			
Alimentazione			
sala i cibi?	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no
quanti liquidi beve?			
Note			
Eliminazione			
nelle ultime 24 ore ha urinato...			
peso Kg.			
Note			
Cardiocircolatorio			
ha edemi declivi?	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no
cianosi?	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no
Note			
Respirazione (*)			
fa fatica a respirare?			
da quanto tempo?			
con quanti cuscini dorme?			
fuma?			
Note			
Sonno/ riposo (*)			
dorme?			
Note			
Parametri vitali			
BMI			
PA			
FC			
Saturazione O2			
Terapia			
prende le medicine?			
chi l'aiuta?			
ha modificato la terapia?			
Ultimi esami di laboratorio			
da richiedere			
ULTIMO ECG ESEGUITO			
da richiedere			
Ultima visita specialistica			
Motivo			
Ultimo accesso in PS			
Motivo			

Effettuata educazione terapeutica per		
OBIETTIVI A BREVE/MEDIO TERMINE		
OBIETTIVI A LUNGO TERMINE		
DIARIO		
Prossimo appuntamento		