VALUTAZIONE ALL'ACCOGLIENZA - ANAMNESI INFERMIERISTICA

Cognome e Nome: _____ **Data di nascita** _____

ASP _____ Tess _____ Età _____ Nato/a a _____

Via _____ Città _____

STATO DI COSCIENZA: ☐ vigile ☐ assopito ☐ comatoso (Glasgow)

☐ orientato ☐ disorientato: ☐ spazio tempo _____

Precedenti ricoveri ☐ no ☐ si _____

Diagnosi d'entrata _____

Riferimenti - Familiare _____ Tel./cell. _____ Medico di Famiglia _____

Stato Civile: ☐ Coniugato ☐ Separato/Divorz. ☐ Pensionato ☐ Convivente ☐ Figli n. _____

Scolarità: ☐ Analfabeta ☐ Elementare ☐ Media ☐ Laurea ☐ Altro

Attività Lavorativa: ☐ in attività ☐ Pensionato ☐ Disoccupato

Religione: ☐ Cattolica ☐ Ateo/a ☐ Altro . . .

Parametri vitali: P.A. _____ F.C. _____ Temp. _____

COMUNICAZIONE: Lingua parlata: ☐ Italiano ☐ Altro: _____ comprensione: ☐ Si ☐ N

☐ normale ☐ afasia ☐ disfasia ☐ disatria _____

STATO EMOTIVO: collaborante ☐ si ☐ no ☐ ansioso ☐ aggressivo ☐ agitato ☐ depresso ☐ altro

_____

SENSORIO: ☐ problemi uditivi: _____ ☐ problemi visivi: _____

☐ protesi: _____

DOLORE: ☐ assente ☐ presente: intensità 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1

Assente **il peggiore possibil**

sede: _____ tipo: _____ In trattamento analgesico con: _____

Insorto da ☐ meno di 7 giorni ☐ da 7 giorni a 3 mesi ☐ più di 3 mesi

Possibili cause del dolore _____

Terapia antidolorifica a casa: ☐ non oppiodi ☐ oppiodi

TERAPIA: ☐ insulina ☐ ipoglicemiz. orali ☐ tranquillanti ☐ anticoagulanti _____

☐ Altro _____

SONNO: ☐ regolare ☐ irregolare ☐ insonnia

uso abituale di farmaci: _____

Tipografia ARSGRAPHICA CUTRO - Tel. 0962 771255 - Mod. 1435.2012