

## Le mie esigenze per l'assistenza infermieristica

Compilate i requisiti per l'assistenza infermieristica o chiedete alla vostra persona di fiducia di compilarli assieme a voi. Allegate anche una copia di prescrizioni mediche attuali, compresi i medicinali in riserva e la tessera della cassa malati.

**Cognome:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Via/ No.:** \_\_\_\_\_

**CAP/ Luogo:** \_\_\_\_\_

**Cellulare:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

Diagnosi e altri disturbi della salute (ad es. ipertensione arteriosa, ecc.)

---

---

**Allergie:**

---

### Mangiare e cenare

- indipendente
- da imboccare
- ho bisogno di assistenza per il taglio
- ho bisogno di assistenza per bere
- ho bisogno di aiuto con le posate
- ho problemi di deglutizione
- mangio vegetariano
- Dieta, cibi speciali o intolleranze:

---

- Cibo tramite sonda. Marchio, quantità e tempi di somministrazione al giorno

---

## **Vestirsi**

- Non posso aiutare a vestirmi e svestirmi

Posso indossare i seguenti capi di abbigliamento, in tutto o in parte

---

---

## **Cura del corpo**

Quali accessori usa per la cura (igiene personale, unguenti, materiale per la medicazione, materiale per l'incontinenza, ecc.)

---

---

## **Cura orale**

- indipendente
- con aiuto

## **Igiene personale**

- Posso lavarmi da solo
- Posso lavarmi la parte superiore del corpo da solo
- Non posso aiutare con l'igiene

Abitudini (ad es. doccia, rasatura, cure dentali, ecc.)

---

---

## **Evacuazione urinaria**

Sono *continente* e utilizzo

- la toilette autonomamente
- Sedia da notte
- pappagallo / padella

Sono *incontinente* e

- utilizzo presidi d'incontinenza (pannolini)
  - portare di catetere vescicale
  - DK Carrier/Cystofix. Ultima modifica il \_\_\_\_\_ Quantità di riempimento palloncini \_\_\_\_\_ ml
  - Cystofix: Quando cambia la medicazione?
- 

Altro \_\_\_\_\_

---

### **Evacuazione fecale**

Sono *continente* e utilizzo

- la toilette autonomamente
- Sedia da notte
- Padella

Sono *incontinente* e indosso

- presidi per incontinenza fecale
- 

Altro \_\_\_\_\_

---

Ho bisogno di \_\_\_\_\_ volte a settimana

- una practos cliss
  - un microcliss
  - un clistere. Quale sistema
- 

- devo evacuare ogni \_\_\_\_\_ alla settimana.
  - Altro
-

## Respirazione

- normale
- ho delle difficoltà / misure di sostegno

---

---

- posso tossire quando mi va di traverso qualcosa
- posso schiarirmi la gola ma non posso tossire
- Altro

---

---

## Mobilità

Posso usare le braccia e le mani come segue

---

---

Le mie gambe lo sono:

---

---

- paralizzate
- piuttosto allenate
- piuttosto spastiche
- Altro

---

---

Io posso:

- deambulare da solo
- deambulare con l'utilizzo di un mezzo ausiliario
- deambulare con un accompagnatore
- con aiuto sto in piedi per un breve periodo
- con aiuto sto in piedi per un lungo periodo
- cambiare la mia posizione seduta da solo
- posso trascorrere max ore sulla sedia a rotelle

Ciò richiede un cambio di posizione:  sì /  no

- mi muovo da solo con una sedia a rotelle
- mi muovo con sedia a rotelle motorizzata/Swisstrac
- Ho bisogno di aiuto per andare in giro su una sedia a rotelle
- Utilizzo il seguente materiale per il deposito in una sedia a rotelle

---

---

Caricabatterie/cavo per la sedia a rotelle, dove si trova?

---

### **Transfer**

Il trasferimento a letto, lo faccio

- sul lato destro del letto
- sul lato sinistro del letto
- Ho bisogno dei seguenti ausili per il letto

---

---

Si prega di descrivere in dettaglio come si effettua il trasferimento a casa, compresa la metodologia e i mezzi ausiliari

---

---

---

## **Riposo e sonno**

Faccio il mio pisolino pomeridiano

- mai
  - se possibile
  - sempre
  - per quanto tempo
- 

- Mi sveglio \_\_\_\_\_ volte di notte
  - Ho bisogno del seguente supporto notturno
- 

## **Comunicazione**

### Lingua

- nessun problema
- difficile, ma comprensibile
- difficile da capire
- Non posso più comunicare verbalmente

### Ascolto

- nessun problema
  - qualche difficoltà
  - indosso un apparecchio acustico
  - non sento nulla
  - Batterie per apparecchi acustici, quali e dove si trovano
- 

### Vista

- nessun problema
  - buono con gli occhiali
  - vedo molto poco
  - Altro
- 
- 

- per facilitare la comunicazione ho bisogno dei seguenti strumenti o misure
-

## Attività per il tempo libero

Mi interessa:

- arte/museo
  - Musica / Stile
- 

- Lettura
- Natura
- Lavori manuali
- Giochi
- altro

## Misure infermieristiche

Quali cambi di medicazione sono necessari

- Cistofix / Urostoma / Colostomia (uscita intestinale artificiale)
- Decubito
- altro

Si prega di descrivere dove, con quali materiali, con quale frequenza e come:

---

---

Sono necessari controlli/esami regolari, quali?

- pressione sanguigna
  - Zucchero nel sangue
  - prossima visita medica, perché e con chi
- 

## Sicurezza

- Sono a rischio di caduta
  - Posso trovare facilmente la mia strada in un luogo straniero
  - se no: Cosa mi aiuterebbe ad orientarmi meglio?
-

## Sistema di chiamata

Posso far funzionare il sistema di chiamata come segue:

- a mano
  - con la testa
  - succhiando
  - soffiando
  - ho il mio sistema di chiamata personale
  - altre possibilità
- 

## Medico di famiglia

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Via/ No.: \_\_\_\_\_

CAP/ Luogo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Neurologo

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Via/ No.: \_\_\_\_\_

CAP/ Luogo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Farmaci

Si prega di allegare l'elenco attuale dei medicinali con il dosaggio esatto.

Sto prendendo il farmaco:

- indipendentemente
- ho bisogno di aiuto per prendere i medicinali
- Altro \_\_\_\_\_

I farmaci sono conservati:

---

---



**Informazioni importanti:**

Compilare quando nessuna copia del testamento biologico è a disposizione attuale, oppure se essa non è più attuale o solamente se la persona di riferimento citata nel testamento biologico è la stessa persona che svolge le cure.

**Nome/cognome del parente/referente**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Via/ No.: \_\_\_\_\_

CAP/ Luogo: \_\_\_\_\_ Telefono P: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Numero di telefono della persona di riferimento raggiungibile**

**1a priorità:**

Nome/cognome \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**2a priorità:**

Nome/cognome \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Compilato con \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_