



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
DI SASSARI



A.D. MDLXII

U.O. _____

Direttore: _____

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

N. Cartella 20 ____ / ____

N. Letto _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ricovero _____

N. ADT _____

Il Medico _____

Il Direttore _____

Direzione Generale

Via M. Coppino, 26
07100 SASSARI
Tel 079 2830626
Fax 079 2830637

Direzione Medica di Presidio

Viale San Pietro, 82
07100 SASSARI
Tel. 079 229067
Fax 079 229109

Direzione Sanitaria

Via M. Coppino, 26
07100 SASSARI
Tel. 079 2830630
Fax 079 2830637

ANAGRAFICA

Cognome Nome

Nato a Nato il Sesso M F

Cittadinanza Residente a

In

Tel. Stato civile

Professione Medico curante

.....

RICOVERO

Diagnosi di accettazione

.....

.....

.....

Reparto di ammissione Data Ora

REAZIONI AVVERSE A FARMACI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

G6PDH

Normale

Carente

Parzialmente carente

Autosalasso

Data

Data

Gruppo sanguigno

Etichetta centro trasfusionale

.....

FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per autorizzare il trattamento dei propri dati personali è necessario esprimere formale consenso con la presente dichiarazione, debitamente compilata e firmata.

Il/La Sottoscritto/a
presa visione della informativa, resa disponibile dall'Azienda **AOU di Sassari**, ai sensi dell'articolo 13 del Dlgs 196 del 30/06/2003, esprime di seguito le proprie decisioni in merito alla concessione all'Azienda AOU di Sassari del consenso al trattamento dei propri dati personali come da tabelle sotto indicate.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per fini strettamente necessari alle attività sanitarie, didattico-scientifiche, ed a quelle correlate all'oggetto della prestazione, ovvero con le finalità e le modalità indicate dall'Azienda AOU di Sassari nella "Informativa" di cui ho preso visione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO

Firma _____

Inoltre esprimo di seguito le mie decisioni in merito alla comunicazione dei miei dati personali a persone esterne a questa struttura.

NON AUTORIZZO

il personale sanitario di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura.

Firma del Paziente

AUTORIZZO

il personale sanitario di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura **ESCLUSIVAMENTE** alle seguenti persone.

_____ Tel. _____

_____ Tel. _____

Firma del Paziente

CONSENSO INFORMATO ALLA GENERICA ROUTINE

Io sottoscritto/a
in qualità di tutore di

DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal Dott.
in modo completo:

- a) Sulla possibilità di essere sottoposto, durante il ricovero a prelievi ematici di routine, di liquidi biologici, esami colturali, esami radiologici e/o ecografici, come avviene di solito in tutte le strutture ospedaliere.
- b) Se sarà necessario eseguire procedure invasive e/o esami contrastografici mi verrà richiesto un consenso specifico.

Premesso quanto sopra, avendo compreso chiaramente quanto esposto ed avendo ottenuto risposte esaurienti alle mie richieste di chiarimento, dopo adeguata riflessione:

RILASCIO DEL CONSENSO

Firma del Paziente/Tutore

Firma del Medico

RIFIUTO DEL CONSENSO

Firma del Paziente/Tutore

Firma del Medico

Data _____

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE E AL TRATTAMENTO CON EMOCOMPONENTI E CON EMODERIVATI

Io sottoscritto (o tutore)
nato a Il
residente a
in via

DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato sulle trasfusioni di sangue, emocomponenti ed emoderivati;
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott.
sia in ordine alle mie condizioni cliniche che ai rischi connessi alla trasfusione;
- di sapere che la pratica trasfusionale non è completamente esente da rischi, inclusa la trasmissione di malattie infettive come l'epatite virale o il virus dell'immunodeficienza (AIDS);
- di aver compreso sia i rischi connessi alla trasfusione sia quelli che potrebbero derivarmi se non venisse fatta e quindi:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto presso questa struttura a trasfusione di sangue omologo, di emocomponenti o emoderivati.
Dichiaro inoltre di essere stato informato della possibilità di effettuare, quando indicata, l'autotrasfusione e, nel caso sia possibile:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO ad essere sottoposto a tale pratica.

Data _____ Il Paziente _____ Il Medico _____

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO PER LA RICERCA DELL'HIV

Io sottoscritto (o tutore)

DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato dal Dott.
sulla necessità di essere sottoposto mediante prelievi ematici alla ricerca dei marcatori dell'HIV.
- di aver ben compreso quanto mi è stato spiegato, e avendo ottenuto risposte esaurienti alle mie richieste di chiarimento, dopo adeguata riflessione, ai sensi della L. 135/90 art. 5 punto 3.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Data _____ Il Paziente _____ Il Medico _____

ANAMNESI

FISIOLOGICA

CONIUGATO/A SI NO N. FIGLI

SVILUPPO PSICO-FISICO NORMALE SI NO

SCOLARITÀ: ANALFABETA ELEMENTARI MEDIE INF. MEDIE SUP. UNIVERSITÀ

OCCUPAZIONE:

ESPOSIZIONE A FATTORI NOCIVI SI NO

MENARCA ANNI ULTIMA MESTRUAZIONE MENOPAUSA ANNI

MESTRUI REGOLARI SI NO CONTRACCETTIVI SI NO QUALE

GRAVIDANZE N. DI CUI: A TERMINE ABORTI NATI MORTI PREMATURI

DIETA: EQUILIBRATA SI NO CONSUMO ALCOLICO SI NO

FUMA SI NO TIPOLOGIA QUANTO

EX FUMATORE SI NO

USA STUPEFACENTI TIPO SOSPESO DA ANNI

SERVIZIO MILITARE SI NO SE NO, MOTIVAZIONE

ALVO: NORMALE STITICO DIARROICO

PESO CORPOREO: STAZIONARIO

IN AUMENTO (Peso Kg/Anni) IN RIDUZIONE (Peso Kg/Anni)

DIURESI: NORMALE POLIURIA OLIGURIA NICTURIA

ALBERO GENEALOGICO

ANAMNESI

A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for handwritten notes or a medical history.

ESAME OBIETTIVO

GENERALE

ALTEZZA cm PESO kg COSTITUZIONE

ASPETTO SOFFERENTE SI NO DECUBITO INDIFFERENTE SI NO

NUTRIZIONE NORM + - IDRATAZIONE NORM + -

ESAMI DECLIVI NORM + -

.....

.....

NEUROLOGICO

SENSORIO INTEGRO SI + - MOTILITÀ NORM NO

AGITAZIONE PSICOMOT. NO + - SENSIBILITÀ NORM NO

FLAPPING NO + - EQUILIBRIO E COORDINAZIONE NORM NO

.....

.....

CUTE

ROSEA PALLIDA CIANOTICA ITTERICA

TROFICA SI NO SUDORAZIONE NORM + -

ESANTEMA SI NO ERITEMA SI NO ERITEMA PALMARE SI NO

ECCHIMOSI SI NO PETECCHIE SI NO

SPIDER NEVI SI NO STRIE SI NO TELEANGECTASIE SI NO ALTRO SI NO

PELI SI NO UNGHIE SI NO

.....

.....

VARIE

APPARATO LINFOGHIANDOLE NORM NO REPERTI PATOLOGICI:

.....

CAPO E COLLO NORM NO REPERTI PATOLOGICI:

BULBI OCULARI: SUBITTO SI NO PER IL RESTO NORM NO REPERTI PATOLOGICI:

.....

ORECCHIO: UDITO NORM + - PER IL RESTO NORM NO REPERTI PATOLOGICI:

.....

OROFARINGE: LINGUA NORM NO DENTATURA NORM NO

.....

MAMMELLE: TROFISMO NORM NO REPERTI PATOLOGICI:

.....

ESAME OBIETTIVO

APPARATO RESPIRATORIO

FORMA TORACE NORM NO
SIMMETRIA NORM NO
ESPANSIONE NORM NO
PERCUSSIONE NORM NO
MURMURE VESC. NORM NO
RUMORI RESPIRATORI AGGIUNTI NORM NO

FREQUENZA RESPIRO/MIN.

DISPNEA SI NO

APPARATO CARDIOVASCOLARE

POLSO: FREQ.:/MIN. RITMICO SI NO

PRESSIONE ARTERIOSA/..... mm hg

IPOFIGMIE SI NO SEDE

SOFFI VASCOLARI SI NO SEDE

VARICI ARTI INFERIORI SI NO

ADDOME

NORMALE GLOBOSO INCAVATO RETICOLI VENOSI SUPERFICIALI SI NO

ERNIE SI NO TRATTABILE SI NO

DOLORABILE SI NO DOVE

MASSE SI NO ASCITE SI NO

FEGATO

MARGINE INFERIORE: PALPABILE NON PALPABILE NON VALUTABILE

CONSISTENZA: NORMALE + - DOLENTE SI NO MURPHY: POSITIVO NEGATIVO

MILZA

PALPABILE NON PALPABILE NON VALUTABILE

APPARATO URO-GENITALE

BALLOTTAMENTO: NORM NO

GIORDANO + - A DS SN PUNTI URETERALI DOLENTI SI NO

SOFFI VASCOLARI SI NO

ESAME OBIETTIVO SPECIALISTICO

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

STATO DI COSCIENZA VIGILE SOPOROSO COMATOSO

ORIENTATO DISORIENTATO: spazio tempo altro

COMUNICAZIONE BUONA LINGUA PARLATA: ITALIANO ALTRO

COMPrensIONE: SI NO

ALTERATA DA PATOLOGIA STATO PSICOLOGICO ALTRO

STATO EMOTIVO COLLABORANTE SI NO

ANSIOSO AGGRESSIVO DEPRESSO SOFFERENTE ALTRO

SENSORIO PROBLEMI UDITIVI: PROBLEMI VISIVI:

PROTESI ALTRO

DOLORE ASSENTE PRESENTE INTENSITÀ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEDE: TIPO

IN TRATTAMENTO ANALGESICO CON:

SONNO REGOLARE IRREGOLARE INSONNIA RISVEGLIO PRECOCE

DIFFICOLTÀ AD ADDORMENTARSI

USO ABITUALE DI FARMACI:

ALTRO

IGIENE PERSONALE ASSISTITA NON ASSISTITA

CONDIZIONI IGIENICHE BUONE DISCRETE SCARSE

CUTE/MUCOSE NORMOCROMATICA PALLIDA CIANOTICA ITTERICA ARROSSATA

IDRATATA DISIDRATATA EDEMI

ASCITE

INTEGRA LESIONI DA DECUBITO (VEDI GRIGLIA E INDICE DI BRADEN)

LESIONI:

MEDICAZIONI

ULCERE DA PRESSIONE SEDE E GRADO	SACRO <input type="checkbox"/> I° II° III° IV°	TROCANTERE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX I° II° III° IV°	TALLONE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX I° II° III° IV°	ALTRO I° II° III° IV°
LEGENDA STADIAZIONE	I° ERITEMA CUTANEO	II° DISTRUZIONE DELL'EPIDERMIDE E/O DERMA	III° FERITA A TUTTO SPESSORE	IV° ESTESA DISTRUZIONE DEI TESSUTI FINO ALLA NECROSI

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

CIRCOLO VENOSO E ARTERIOSO

- BUONO PRESENZA CVC SUCCLAVIA FEMORALE PORT A CATH
 TUNNELLIZZATO ALTRO

ALIMENTAZIONE:

AUTONOMO: SI NO DIGIUNO

- DIETA: LIBERA IPOIODICA SEMLIQUIDA LIQUIDA LEGGERA PERSONALIZZATA
 INAPPETENZA NAUSEA VOMITO DIFFICOLTÀ ALLA DEGLUTIZIONE SOLIDI LIQUIDI
 NE SNG PEG NPT CVC CVP
 ALTRO

ELIMINAZIONE INTESTINALE

- ALVO REGOLARE DIARREA STIPSI INCONTINENTE USO ABITUALE DI LASSATIVI:
 STOMIA TIPO: SEDE:

AUTONOMO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA: SI NO

- ALTRO

ELIMINAZIONE VESCICALE:

- NESSUN PROBLEMA INCONTINENTE: PANNO UROCONTROL
 CATETERE VESCICALE A INTERMITTENZA A PERMANENZA TIPO

ALTERAZIONI MINZIONI

POSIZ. IL /ULTIMA SOSTITUZ.:

RESPIRATORIO:

- EUPNEA DISPNEA A RIPOSO DA SFORZO
 OSSIGENO LT/MIN: MASCHERA OCCHIALINI VENTIMASK RESERVOIR
 TOSSE ESPETTORATO
 TRACHEOSTOMIA SI NO CANNULA TRACHEALE SI NO
AUTONOMO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA: SI NO

MOBILIZZAZIONE: AUTONOMO VEDI INDICE DI BARTHEL

LIMITAZIONI FISICHE/HANDICAP:

AUSILI

MOBILITÀ PRECEDENTE AL RICOVERO

NOTE:

SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

VIVE SOLO SUPPORTO FAMILIARE CAREGIVER ALTRO

Firma Operatore

PROBLEMI ATTIVI

(Diagnosi certe di malattie in atto; sintomi soggettivi; segni obiettivi; condizioni patologiche; dati di laboratorio alterati; problemi sociali e psichiatrici; fattori di rischio; allergie)

Data	Problemi all'ingresso

Data	Problemi emersi durante il ricovero

PROBLEMI NON ATTIVI (Malattie pregresse; interventi chirurgici; altro)

Data	Problemi all'ingresso

IPOTESI DIAGNOSTICHE E PROGRAMMAZIONE

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

IPOTESI DIAGNOSTICHE E PROGRAMMAZIONE

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data	Ipotesi	<input type="checkbox"/> CONFERMATA <input type="checkbox"/> NON CONFERMATA
ESAMI RICHIESTI (Indicare in parentesi la data di prenotazione dell'esame)		RISULTATO DEI TEST (Presente, assente, positivo, negativo, normale, alterato, dubbio o non eseguito, ecc.)

Data

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

Data

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

Data

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

Data

DIARIO CLINICO MEDICO

Data

DIARIO CLINICO INFERMIERISTICO

CONSULENZE SPECIALISTICHE

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

CONSULENZE SPECIALISTICHE

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONSULENZE SPECIALISTICHE

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSULENZA URGENTE IN ELEZIONE

DATA ORA REFERTO (Scrivere a stampatello o in grafia leggibile)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIMISSIONE VOLONTARIA CON PARERE MEDICO CONTRARIO

Il/La Paziente chiede di essere dimesso contro il parere dei Medici del reparto.

Viene informato sulla necessità di proseguire l'iter diagnostico terapeutico in regime di ricovero e sui rischi, potenzialmente gravi ed anche fatali, connessi alla dimissione volontaria.

Il paziente, nonostante tutte le informazioni fornite e il parere medico contrario, decide comunque di lasciare il reparto e si assume pienamente la responsabilità di questo atto.

Data Il Paziente

Il sottoscritto Dott.
premesse che le circostanze non sono tali da rendere necessaria l'attivazione di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (malattia infettiva e diffusa in fase attiva, patologia di natura psichiatrica non altrimenti trattabile etc.), tenuto conto della seguente diagnosi di ricovero

Esprime parere contrario alla richiesta del Sig.

Data Il Medico

CHECK LIST

CONTROLLO CARTELLA CLINICA	COMPILATO	N° ALLEGATI	NON PREVISTO
Dati anagrafici			
Anamnesi			
Es. obiettivo generale			
Es. obiettivo specifico			
Valutazione infermieristica iniziale			
Diario clinico			
Diario infermieristico			
Allegati diario infermieristico			
Scheda terapia			
Scheda parametri utili			
Terapia estemporanea			
Scheda gestione esami			
Consenso informato trattamento dati personali			
Consenso informato alla trasfusione di sangue/emoderivati			
Consenso informato al prelievo per la ricerca dell'HIV			
Consulenze specialistiche			
Consenso informato al trattamento medico			
Consenso informato all'intervento chirurgico			
Consenso informato anestesiologicalo			
Cartella anestesiologicala			
Referto intervento chirurgico			
Referti esami radiologici			
Referti esami cito-istologici			
Referti indagini strumentali			
Referti esami ematochimici			
Riscontro autoptico			
Lettera dimissione			
SDO			

Controllo eseguito il

Il Medico

L'infermiere



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
DI SASSARI



A.D. MDLXXI

U.O. _____

Direttore: _____

Data di chiusura

Firma

Direzione Generale

Via M. Coppino, 26
07100 SASSARI
Tel 079 2830626
Fax 079 2830637

Direzione Medica di Presidio

Viale San Pietro, 82
07100 SASSARI
Tel. 079 229067
Fax 079 229109

Direzione Sanitaria

Via M. Coppino, 26
07100 SASSARI
Tel. 079 2830630
Fax 079 2830637