

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____

CODICE FISCALE _____ OCCUPAZIONE _____

RECAPITI TELEFONI _____

INDIRIZZO EMAIL _____

IPOTESI DIAGNOSTICA.....

DATA DI ACCOGLIENZA

PROVENIENZA /PRESIDIO.....

MMG Nominativo _____

Telefono: _____ **Indirizzo email:** _____

Specialista Ospedale Nominativo: _____

Specialità: _____

Telefono: _____

Altro Ospedale: _____ **Pronto Soccorso:** _____

Medico di riferimento CAS:

In possesso ET 048: ☐ No ☐ Si ☐ Illimitata ☐ Limitata (data termine)

Se NO, data inoltra richiesta da parte del CAS

Firma Infermiere Compilatore _____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

Cognome e Nome:

Diabete: ☐ No ☐ Si in terapia con

Patologia tiroidea: ☐ No ☐ Si in terapia con

Terapia anticoagulante/antiaggregante: ☐ No ☐ Si in terapia con

Altre terapie:

Documentazione personale:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

☐ Coniugato/a ☐ Convivente ☐ Single ☐ Divorziato/a ☐ Separato/a ☐ Vedovo/a

FIGLI: ☐ No ☐ Si **Maschi:** **Età:** **Femmine:** **Età:**

CAREGIVER: ☐ No ☐ Si **Nome e Cognome**.....

Telefono..... **Rapporto con il paziente:**.....

SUPPORTO PSICOLOGICO: Il paziente ☐ accetta ☐ rifiuta ☐ si riserva di decidere

SUPPORTO SOCIALE: Il paziente ☐ accetta ☐ rifiuta ☐ si riserva di decidere

PARAMETRI VITALI

PESO Kg:

ALTEZZA cm:

ALLERGIE NOTE:

Profilassi MDC: ☐ SI ☐ NO

PARAMETRI VALUTATI:

ORA	PA	FC	HGT	TC	FR	SPO2

Firma Infermiere Compilatore_____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	Mo_CAS_003
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

ESAMI DA ESEGUIRE:

ESAMI EMATICI:

ESAMI DIAGNOSTICI:

CONSULENZE:

Firma Infermiere Compilatore_____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

RESPIRAZIONE	ALIMENTAZIONE	MINZIONE
<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico	<input type="checkbox"/> Disgeusia	<input type="checkbox"/> Oligoanuria <input type="checkbox"/> Pollachiuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Stranguria <input type="checkbox"/> Bisogno imperioso <input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Nausea	Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> diurna <input type="checkbox"/> notturna <input type="checkbox"/> occasionale
Altro:	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale: <input type="checkbox"/> a permanenza <input type="checkbox"/> a intermittenza Tipo di catetere: Data di posizionamento:
<input type="checkbox"/> Tracheostomia Data: Note	Alimentazione artificiale: <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Digiunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia Data:
	Difficoltà di deglutizione: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Liquidi <input type="checkbox"/> Solidi	
	<input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Scialorrea <input type="checkbox"/> Difficoltà masticazione	Altro

Firma Infermiere Compilatore _____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

ALVO	CUTE	STATO EMOTIVO
Alvo regolare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 	<input type="checkbox"/> Alterata Tipo di lesione: Sedi di lesione:	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Agitazione
<input type="checkbox"/> Diarrea		<input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza
<input type="checkbox"/> Stipsi Uso di lassativi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Uso di clisteri: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Domande ripetitive:
<input type="checkbox"/> Stomia Data:	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Deliri
<input type="checkbox"/> Singhiozzo		<input type="checkbox"/> Alterazione del sonno
Altro	Altro	Altro

Firma Infermiere Compilatore _____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

Cognome e Nome: Data di nascita: Diagnosi: Intento trattamento CHT <input type="checkbox"/> Adiuvante/Neoadiuvante <input type="checkbox"/> Palliativo	Data valutazione: Età:
---	---

A- FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE		SCORE
1. KPS	70-100% <input type="checkbox"/>	0
	≤ 70% <input type="checkbox"/>	1
2. Età	≤ 70 anni <input type="checkbox"/>	0
	≥ 70 anni <input type="checkbox"/>	1
3. ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE	assenti <input type="checkbox"/>	0
	presenti <input type="checkbox"/>	2
4. DIABETE	assenti <input type="checkbox"/>	0
	presenti <input type="checkbox"/>	2
5. COMORBILITÀ RILEVANTI (patologie circolo venoso periferico neuropatie periferiche. Trattamento dialitico con FAV immunodepressione. Stafilococco aureus M eticillino resistente. Disturbi coagulativi. Obesità, agitazione psico-motoria, affezioni)	assenti <input type="checkbox"/>	0
	Presenti (anche solo una comorbidità)	1

Fattori correlate al paziente = tot. / 7

Firma Infermiere Compilatore _____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		


A- FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO		SCORE
1. Fisiologia del sistema venoso periferico	Vene poco visibili e/o poco palpabili <input type="checkbox"/>	1
	Vene tortuose/mobili <input type="checkbox"/>	1
	Vene di piccolo calibro <input type="checkbox"/>	1
2. Alterazioni del sistema periferico	Segni di precedenti venipunture (echimosi/ematomi) <input type="checkbox"/>	1
	Segni di flebite e/ infiltrazioni/ stravasi <input type="checkbox"/>	1
	Vene dure e sclerotiche <input type="checkbox"/>	1
3. Condizioni arti superiori	Entrambi gli arti superiori disponibili <input type="checkbox"/>	0
	Un solo arto superiore disponibile <input type="checkbox"/>	1

FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO = tot. _____

B- FATTORI CORRELATI AL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO		SCORE
1. Numeri di linea di trattamento	1° linea <input type="checkbox"/>	0
	≥ 2° linea <input type="checkbox"/>	1
2. Durata prevista del trattamento	≤ 6 mesi <input type="checkbox"/>	0
	≥ 6 mesi <input type="checkbox"/>	1
3. Scheda di somministrazione	Riciclo D1 Q21/Q28 <input type="checkbox"/>	0
	Riciclo settimanale (Q7)/ quindicinale (Q14)/riciclo di 8 (Q21) <input type="checkbox"/>	1
4. Tipo di farmaci	Neutro/I (PH5-9;osmolarità ≤ 500-600 MOSM/L) <input type="checkbox"/>	0
	Irritante/I 0 PH ≤ 5 ≥ 9 <input type="checkbox"/>	1
	Irritante o osmolarità ≥ 600 MOSM/L <input type="checkbox"/>	1
	Infusioni emoderivati <input type="checkbox"/>	1
	Infusione tramite pompa <input type="checkbox"/>	1
	≥ 4 somministrazioni farmaci a bolo <input type="checkbox"/>	1

FATTORI CORRELATI AL TRATTAMENTO = tot _____ / 8

Firma Infermiere Compilatore _____

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	Mo_CAS_003
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

Punteggio globale fattori A+B+C= /

LEGENDA PUNTEGGIO:

- A. 0-4= indicato AVP con monitoraggio delle complicanze**
- B. 5-10= non indicato AVP; indicato posizionamento Midline o PICC con valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del paziente**
- C. ≥ 10 = non indicato AVP; indicato posizionamento di AVC. La scelta del tipo di device per la ACV deve basarsi sulle preferenze del paziente e sul tipo di trattamento in corso.**

Note:

Firma Infermiere Compilatore _____

CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA

SCHEMA VALUTAZIONE DOLORE

Patologia:

Medico Referente:

1. SEDE DEL DOLORE:

Irradiazione:

2. SOSPETTA CAUSA:

- ☐ Compressione delle radici nervose
☐ Interessamento del tessuto osseo
☐ Ostruzioni vasali ☐ Necrosi ☐ Infezioni
- ☐ Fratture patologiche ☐ Radioterapia ☐ Chemioterapia

3. POSSIBILE QUALITA':

- ☐ Dolore nocicettivo ☐ Dolore neuropatico ☐ Dolore viscerale

4. INTENSITA' DOLORE: scala NRS (Numeral Rating Scale)

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

5. TEMPORALITA':

DOLORE CONTINUO	DOLORE EPISODICO				
<input type="checkbox"/> ACUTO (inferiore ad 1 mese) <input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese)	<input type="checkbox"/> LENTO <input type="checkbox"/> RAPIDO				
	<input type="checkbox"/> DOLORE Incidente N. episodi /24h: <table border="1"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		

6. INSORGENZA: ☐ Pulsante ☐ Trafittivo ☐ Altro

Mo_CAS_003_Scheda_Infermieristica_2021.docx

Rev. 1/2021

Pag. 9 di 11

Direzione Generale

Via Demurtas 1 08100 Nuoro - Tel. 0784 38892/240626
F. 0784 232095 C.F.: 00977680917 - www.aslnuoro.it mail: direzione generale@aslnuoro.it

Centro Accoglienza e Servizi (CAS)

tel. 0784 240763
mail: cas.oncologico@aslnuoro.it

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_003
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

7. ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:

ANALGESICI ANTIEPIRETICI/ANTINFIAMMATORI	OPPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO	OPPIOIDO PER IL DOLORE SEVERO

8. VIA DI SOMMINISTRAZIONE:

ORALE <input type="checkbox"/>	SOTTOCUTE <input type="checkbox"/>	SUBLINGUALE ENDOVENA RETTALE <input type="checkbox"/>	TRANSEDERMICA <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------------------	---	--

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE (MST)

STEP 1:

- ❖ Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?

		Valore
<input type="checkbox"/>	Non sa	2
<input type="checkbox"/>	No	0

- ❖ Se si, quanto ha perso?

	kg	Valore
<input type="checkbox"/>	0,5 - 5	1
<input type="checkbox"/>	≥ 5 - 10	2
<input type="checkbox"/>	10-15	3
<input type="checkbox"/>	≥ 15	4

- ❖ Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito

		Valore
<input type="checkbox"/>	Si	1
<input type="checkbox"/>	No	0

TOTALE PUNTEGGIO STEP 1:

Firma Infermiere Compilatore _____


STEP 2:

Mo_CAS_003_Scheda_Infermieristica_2021.docx

Rev. 1/2021

Pag. 10 di 11

Direzione Generale Via Demurtas 1 08100 Nuoro - Tel. 0784 38892/240626 F. 0784 232095 C.F.: 00977680917 - www.aslnuoro.it mail: direzione generale@aslnuoro.it	Centro Accoglienza e Servizi (CAS) tel. 0784 240763 mail: cas.oncologico@aslnuoro.it
--	---

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	Mo_CAS_003
CAS - VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI INIZIO CURA		

- ❖ **Punteggio 0 = NO RISCHIO MALNUTRIZIONE**
 Si evidenzia una lieve riduzione degli introiti calorici senza perdita di peso. Nessun intervento rivalutazione entro 30 gg

- ❖ **Punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO**
 Rivalutazione e monitoraggio peso entro 30gg gestito dall' infermiere di Riferimento

- ❖ **Punteggio ≥ 2 = RISCHIO MALNUTRIZIONE MEDIO-ALTO**
 Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio superiore a 2 dovessero persistere per più di 7 gg, eseguire monitoraggio peso e invitare il paziente a compilare il "Monitoraggio Ingesta" attraverso un diario alimentare di 2- 3 gg per Intervento Nutrizionale (Dietistico- Dietologico) da avviare precocemente contattando direttamente il centro di riferimento più vicino.

Firma Infermiere Compilatore_____