

Struttura: SOC Chirurgia generale	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL01 di PP 11-CHI 01
Data 05/01/2023	Titolo documento: Scheda Norton valutazione rischio lesioni da pressione	Pagina 1 di 1
Redatta da: Dirigente SOC Chirurgia Generale	Approvata da: Direttore SOC Chirurgia Generale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico

## SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO L.d.P.

Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_ Unità Operativa (U.O.) \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Data nascita \_\_\_\_\_ Data di Ingresso \_\_\_\_\_ Data di dimissione \_\_\_\_\_  
 Provenienza: Domicilio \_\_\_\_\_ Altra U.O. \_\_\_\_\_ Altro P.O. \_\_\_\_\_ RSA \_\_\_\_\_  
 LdP all'ingresso NO SI Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_  
 LdP alla dimissione NO SI Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Stadio \_\_\_\_\_  
 Indice Norton modificato secondo Stotts (Stotts,1985)

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
<b>CONDIZIONI GENERALI</b> Livelli di assistenza richiesti per ADL relativi a: cure igieniche, alimentazione, movimenti	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL	Discrete Necessita assistenza per alcune ADL	Scadenti Richiede assistenza per più ADL	Pessime Totalmente dipendente su tutte le ADL
<b>STATO MENTALE</b> Risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce	Lucido Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida	Apatico Orientato nel tempo, spazio e persone, con ripetizione della domanda	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio e persone. La risposta può essere rapida	Stuporoso Totalmente disorientato: La risposta può essere rapida e leata il paziente può essere in stato comatoso
<b>DEAMBULAZIONE</b> Distanza e indipendenza nella deambulazione	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone)	Caumina con aiuto Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio	Costretto su sedia Cammina o si muove solo su sedia	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore
<b>MOBILITÀ</b> Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo	Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può utilizzare un presidio	Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può utilizzare un presidio	Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio	Immobile Non ha indipendenza nel movimento o nel controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.
<b>INCONTINENZA</b> Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci.	Assente Non incontinenza di urine e/o feci. Può avere un catetere	Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die	Abituale urine Incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre	Doppia Totale incontinenza di urine e feci

Punteggio Totale..... Basso rischio (14) Medio rischio (13-12) Alto rischio (11-5)

Firma infermiere \_\_\_\_\_

Tipo di superficie antidecubito richiesta \_\_\_\_\_  
 Data inizio uso \_\_\_\_\_ Data restituzione \_\_\_\_\_

### ALL'INGRESSO

**ATTIVATA SCHEDA RIPOSIZIONAMENTO**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATO DIARIO ALIMENTARE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATA SCHEDA DI MEDICAZIONE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Rivalutazione in data \_\_\_\_\_ Punt. Totale \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**ATTIVATA SCHEDA RIPOSIZIONAMENTO**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATO DIARIO ALIMENTARE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATA SCHEDA DI MEDICAZIONE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Rivalutazione in data \_\_\_\_\_ Punt. Totale \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**ATTIVATA SCHEDA RIPOSIZIONAMENTO**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATO DIARIO ALIMENTARE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**ATTIVATA SCHEDA DI MEDICAZIONE**  SI  NO DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_