

VALUTAZIONE DI BASE SIAD				PRESENTE	ASSENTE
Presenza di Rischio Infettivo					
Broncoaspirazione/ Drenaggio posturale					
Ossigeno terapia					
Ventilo terapia					
Tracheotomia					
Alimentazione assistita					
Alimentazione enterale					
Alimentazione parenterale					
Gestione della stomia					
Eliminazione urinaria/intestinale					
Alterazione del ritmo sonno/veglia					
Educazione terapeutica (addestramento/nursing)					
Ulcere da decubito di 1 e 2 grado					
Ulcere da decubito di 3 e 4 grado					
Ulcere cutanee (vascolari, traumatiche, ustioni, post chirurgiche, etc.) di 1 e 2 grado					
Ulcere cutanee (vascolari, ustioni, traumatiche, post chirurgiche, etc.) di 3 e 4 grado					
Prelievi venosi non occasionali					
Prelievi venosi occasionali					
Procedura terapeutica (accesso venoso sottocute/intramuscolo)					
Gestione catetere centrale					
Controllo del dolore					
Fragilità familiare					
Rischio sanguinamento acuto					
Lesioni della cute					
Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità					
Trattamento riabilitativo motorio in presenza di disabilità					
Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità					
Supervisione continua di utenti con disabilità					
Assistenza nelle IADL					
Assistenza nelle ADL					
Supporto al caregiver					
Tipologia Paziente	<input type="checkbox"/> Paziente ordinario: utenza tipica	<input type="checkbox"/> Paziente in stato vegetativo (DGR 6220)	<input type="checkbox"/> Paziente affetto da malattie del motoneurone (circ.20)	<input type="checkbox"/> Paziente affetto da HIV	<input type="checkbox"/> Terminale
Indicatore supporto sociale	<input type="checkbox"/> Presenza		<input type="checkbox"/> Presenza Parziale e/o temporanea		<input type="checkbox"/> Non presente
Presenza di assistente non familiare	<input type="checkbox"/> Presente con funzione di care giver		<input type="checkbox"/> Presente senza funzione di care giver		<input type="checkbox"/> Non presente
Tipologia di luogo di residenza o domicilio	<input type="checkbox"/> Propria Residenza	<input type="checkbox"/> Domicilio presso familiari	<input type="checkbox"/> Domicilio presso Casa Albergo		
<input type="checkbox"/> Domicilio presso Comunità per minori	<input type="checkbox"/> Domicilio presso Comunità per disabili	<input type="checkbox"/> Domicilio presso Case Alloggio	<input type="checkbox"/> Altro		

Cognitività	<input type="checkbox"/> Assente/Lieve	<input type="checkbox"/> Moderata	<input type="checkbox"/> Grave
ECG		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Telemetria		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Assistenza Stato di terminalità oncologica		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Assistenza Stato di terminalità non oncologica		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Trasfusioni		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Assente
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Abbigliamento	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente

Data _____ Firma e n. badge Infermiere _____