

STOP AND WATCH*

Rilevare per tempo
i campanelli d'allarme

Se si constatano cambiamenti nell'ospite, crociare la casella corrispondente.

Altre osservazioni possono essere formulate nell'apposito campo.

Comunicare le informazioni all'infermiera/e responsabile.

Cognome/Nome

n. camera

<input type="checkbox"/>	Comportamento	Pare diverso dal solito
<input type="checkbox"/>	Necessità di sostegno	In generale, necessita di più sostegno
<input type="checkbox"/>	Mobilità	Necessita di più sostegno per la mobilizzazione, la deambulazione e andare in bagno
<input type="checkbox"/>	Attività	Partecipa meno alle attività
<input type="checkbox"/>	Irrequietezza	È più irritata/o, irrequieta/o, nervosa/o
<input type="checkbox"/>	Stanchezza	È più stanca/o, debole, confusa/o o sonnolenta/o
<input type="checkbox"/>	Comunicazione	Parla o comunica meno
<input type="checkbox"/>	Dolore	Pare accusare nuovi dolori o dolori più forti
<input type="checkbox"/>	Pelle	Presenta cambiamenti nel colore o nello stato della pelle
<input type="checkbox"/>	Peso	Presenta gambe/piedi gonfi oppure cambiamenti di peso
<input type="checkbox"/>	Evacuazione	Presenta diarrea oppure nessuna evacuazione da tre giorni
<input type="checkbox"/>	Alimentazione	Mangia meno
<input type="checkbox"/>	Assunzione di liquidi	Beve meno

Osservazioni:

Data

Nome infermiera/e