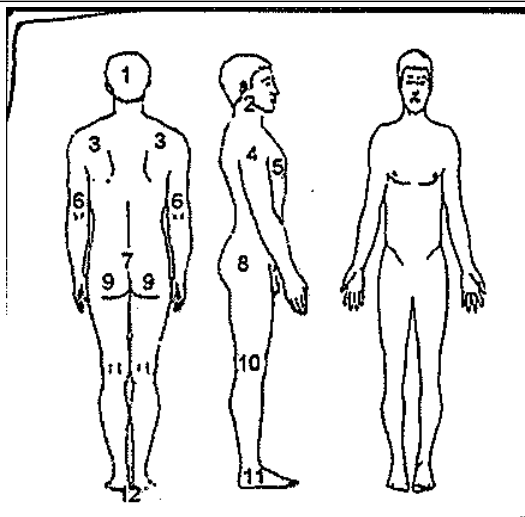


|                                                   |                                                                   |               |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| Residenza<br>Sanitaria<br>Assistenziale<br>Torino | <b>SCHEDA DI VALUTAZIONE E MEDICAZIONE<br/>ULCERE DA DECUBITO</b> | Cod. INF 06   |
|                                                   |                                                                   | Rev. 03       |
|                                                   |                                                                   | Pagina 1 di 2 |

|                |       |           |                |               |
|----------------|-------|-----------|----------------|---------------|
| Ospite sig./ra | letto | Codice n° | Progr. lesione | Progr. scheda |
| .....          |       |           |                |               |

|                                                                       |                                                                                    |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>STADIAZIONE (secondo AHCPR)</b>                                    |                                                                                    |  |
| Stadio I                                                              | arrossamento                                                                       |                                                                                    |
| Stadio II                                                             | lesione superficiale, abrasione, lieve cavità                                      |                                                                                    |
| Stadio III                                                            | profonda cavità nel tessuto sottocutaneo con estensione fino alla fascia muscolare |                                                                                    |
| Stadio IV                                                             | profonda cavità con interessamento di muscoli, ossa, tendini, articolazioni        |                                                                                    |
| In caso di escara non è possibile determinare lo stadio della lesione |                                                                                    |                                                                                    |
| <b>Lesione</b> (solo omogenee altrimenti usare più schede)            |                                                                                    |                                                                                    |
| Sede                                                                  |                                                                                    |                                                                                    |
| Stadio                                                                |                                                                                    |                                                                                    |

**● FREQUENZA MEDICAZIONI** .....

|                                                   |                     |
|---------------------------------------------------|---------------------|
| Intervento iniziale in data ..... / ..... / ..... | Medico Curante..... |
| Note<br>.....<br>.....                            | D.S.A. ....         |
|                                                   | C.S. ....           |
| Chiusura intervento in data ..... / ..... / ..... | I.P. ....           |

**Verifiche e controlli sull'andamento**

| Data | osservazioni        |                   |         |           | Firma sanitario |
|------|---------------------|-------------------|---------|-----------|-----------------|
|      | Ausili antidecubito | Talloniera gomiti | cuscino | materasso |                 |
|      |                     |                   |         |           |                 |
|      | Ausili antidecubito | Talloniera gomiti | cuscino | materasso |                 |
|      |                     |                   |         |           |                 |
|      | Ausili antidecubito | Talloniera gomiti | cuscino | materasso |                 |
|      |                     |                   |         |           |                 |
|      | Ausili antidecubito | Talloniera gomiti | cuscino | materasso |                 |
|      |                     |                   |         |           |                 |



SENIOR RESIDENCE

Residenza  
Sanitaria  
Assistenziale  
Torino**SCHEMA DI VALUTAZIONE E MEDICAZIONE  
ULCERE DA DECUBITO**

Cod. INF 06

Rev. 03

Pagina 2 di 2

Programma su 14 gg di interventi e successive variazioni dal ..... al .....

|                 |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | <b>Data</b>         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                 | <b>Sede</b>         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                 | <b>Stadio</b>       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                 | <b>Dimensioni</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                 | <b>altro</b>        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Aspetto</b>  | Escara necrosi      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Fibrina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Detersa             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Granulazione        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Epitelizzazione     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Essudato</b> | Abbondante          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Moderato            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Scarso              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Purulento           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Maleodorante        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Cut</b>      | Altro               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Macerata            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Arrossata           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | Integra             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Dolore</b>   | Si                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | No                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 | <b>Medicato con</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                 | <b>Firma I.P.</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |