Residenza Sanitaria Assistenziale Torino

SENIOR RESIDENCE

Programma Ausili Incontinenza

* Barrare i giorni non interessati dal programma

codice	INF 23
Revisione	00

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Tipo pannolone
Mt: Mutandina **Sg:** Sagomato
St: Striscia

Prescr.	giorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	Totali																

per emissione, validazione e controllo

*** Barrare i giorni non interessati dal programma**

data ……/……./……. Firma

Programma Ausili Incontinenza

Ospite sig. letto mese di

Note

nota n°	del giorno		l'Adest/Oss

Programma Posture

codice	INF 08
Revisione	00
pag. 1/4	

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Posizioni: **Cr** carrozzina
Dx fianco destro **Sn** fianco sinistro
Pr Prona **Pn** supina

Prescr.	giorno / ora / a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															
	ora															
	Posiz.															
	Firma															
	Nota															

Programma Posture

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Note

nota n°	del giorno		l'Adest/Oss

Programma Posture

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Posizioni: **Cr** carrozzina
Dx fianco destro **Sn** fianco sinistro
Pr Prona **Pn** supina

Prescr.	giorno / ora / a	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Posiz.																
	Firma																
	Nota																

Programma Posture

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Note

nota n°	del giorno		l'Adest/Oss

Residenza
Sanitaria
Assistenziale
Torino

SENIOR RESIDENCE

codice INF 24
Revisione 00

Programma Ausili Incontinenza

* Barrare i giorni non interessati dal programma

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Tipo pannolone
Mt: Mutandina **Sg:** Sagomato
St: Striscia **Tr :** Traversa

Prescrizione	giorno	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	Totali																

per emissione, validazione e controllo

*** Barrare i giorni non interessati dal programma**

data ……/……/……. Firma ……

*** ritornare alla reception il giorno 26 del mese**

nota n°	gg.		Oss		nota n°	gg.		Oss

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino

SENIOR RESIDENCE

codice INF 24
Revisione 00

Programma Ausili Incontinenza

* Barrare i giorni non interessati dal programma

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Tipo pannolone
Mt: Mutandina **Sg:** Sagomato
St: Striscia **Tr:** Traversa

Prescrizione	giorno	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	ora																
	Tipo																
	Firma																
	Nota																
	Totali																

per emissione, validazione e controllo

*** Barrare i giorni non interessati dal programma**

data ……/……/……. Firma ……

*** ritornare alla reception il giorno 26 del mese**

nota n°	gg.		Oss	nota n°	gg.		Oss

Residenza
Sanitaria
Assistenziale
Torino

SENIOR RESIDENCE

Programma Ausili Incontinenza

codice	INF 24
Revisione	00
pag. 1 di 2	

* Barrare i giorni non interessati dal programma

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Tipo pannolone
Mt: Mutandina **Sg:** Sagomato
St: Striscia **Tr :** Traversa

Prescrizione:
ovvero quello che il paziente deve avere indosso dopo il cambio

	giorno	26				27				28				29				30				31				1				2				3				4				5				6				7				8				9			
		Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																														
	ora																																																														
	Tipo																																																														
	Firma																																																														
	Totali																																																														
	Totali																																																														

per emissione, validazione e controllo

data ……/……/……. Firma ……

Note (per giustificare cambi eccessivi "diarrea, li strappa, ecc…)

il ● viene messo all'atto del prelievo dell'ausilio dall'armadio personale dell'ospite,
la / significa che non è stato usato quel tipo di ausilio

*** Barrare i giorni non interessati dal programma**

*** ritornare alla reception il giorno 26 del mese**

data			data			data		

Residenza
Sanitaria
Assistenziale
Torino

SENIOR RESIDENCE

Programma Ausili Incontinenza

codice	INF 24
Revisione	00
pag. 2 di 2	

* Barrare i giorni non interessati dal programma

Ospite sig. _____ letto _____ mese di _____

Tipo pannolone
Mt: Mutandina **Sg:** Sagomato
St: Striscia **Tr :** Traversa

Prescrizione:
ovvero quello che il paziente deve avere indosso dopo il cambio

	giorno	10				11				12				13				14				15				16				17				18				19				20				21				22				23				24				25			
		Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr	Mt	Sg	St	Tr
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
Pezzi extra nel turno	n°/tipo																																																															
	ora																																																															
	Tipo																																																															
	Firma																																																															
	Totali																																																															
	Totali																																																															

per emissione, validazione e controllo

data ……/……/……. Firma ……

il ● viene messo all'atto del prelievo dell'ausilio dall'armadio personale dell'ospite,
la / significa che non è stato usato quel tipo di ausilio

*** Barrare i giorni non interessati dal programma**

*** ritornare alla reception il giorno 26 del mese**

Note (per giustificare cambi eccessivi "diarrea, li strappa, ecc…)

data			data			data		