



SENIOR RESIDENCE

|                                                   |                        |               |
|---------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| Residenza<br>Sanitaria<br>Assistenziale<br>Torino | <b>SCHEDA INGRESSO</b> | Cod. INF 47   |
|                                                   |                        | Rev. 02       |
|                                                   |                        | Pagina 1 di 3 |

**SCHEDA DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA**

|                                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
|-------------------------------------------|-------------|------------------------------|------------------------|------------|-------------------------|------------|--------------------------|----|------------------------|----|
| <b>data</b>                               |             | <b>Camera di inserimento</b> |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Dati personali</b>                     |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| cognome                                   |             | nome                         |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| età                                       |             | ASL                          |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| Familiare di riferimento                  |             | Ulteriore familiare          |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Informazioni a carattere sanitario</b> |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>P.A.</b>                               | <b>F.c.</b> | <b>T.C.°</b>                 | <b>Sat. O2</b>         | <b>AA</b>  | <b>In O2 lt/min</b>     | <b>HGT</b> |                          |    |                        |    |
| <b>Condizioni attuali e osservazioni</b>  |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
|                                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
|                                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Terapie in atto</b>                    |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
|                                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
|                                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Allergie</b>                           |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Malattie trasmissibili</b>             | SI          | NO                           | germe                  |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Incontinenza Urinaria</b>              | SI          | NO                           | saltuaria              | permanente | Catetere vescicale      |            |                          |    |                        |    |
| <b>Incontinenza fecale</b>                | SI          | NO                           | saltuaria              | permanente | colostomia              |            |                          |    |                        |    |
| <b>Alimentazione</b>                      | autonoma    | Deve essere imboccato        | Peg                    | addensati  | frullato                |            |                          |    |                        |    |
| <b>Magrezza</b>                           | SI          | NO                           | <b>Disfagia</b>        | SI         | NO                      |            |                          |    |                        |    |
| <b>Obesità</b>                            | SI          | NO                           |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |
| <b>Vista</b>                              | normale     | Grave deficit                | <b>Udito</b>           | normale    | Grave deficit           |            |                          |    |                        |    |
| <b>Deambulazione</b>                      | Normale     |                              | Cammina con assistenza |            | presenta rischio caduta |            | a letto o in carrozzella |    | Precedenti contenzione |    |
|                                           | SI          | NO                           | SI                     | NO         | SI                      | NO         | SI                       | NO | SI                     | NO |
| <b>Instabilità motoria</b>                | SI          |                              | NO                     |            | precedenti cadute       |            | SI                       |    | NO                     |    |
|                                           | SI          |                              | NO                     |            | carrozzina              |            | SI                       |    | NO                     |    |
| <b>Paralisi/paresi</b>                    |             |                              |                        |            |                         |            |                          |    |                        |    |

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it



SENIOR RESIDENCE

|                                                   |                        |               |
|---------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| Residenza<br>Sanitaria<br>Assistenziale<br>Torino | <b>SCHEDA INGRESSO</b> | Cod. INF 47   |
|                                                   |                        | Rev. 02       |
|                                                   |                        | Pagina 2 di 3 |

|                               |    |    |                                     |    |    |
|-------------------------------|----|----|-------------------------------------|----|----|
| <b>Disturbi della memoria</b> | SI | NO | <b>Episodi di disorientamento</b>   | SI | NO |
| <b>Disturbi della parola</b>  | SI | NO | <b>Disturbi della comunicazione</b> | SI | NO |
| <b>note</b>                   |    |    |                                     |    |    |

|                                   |         |        |                                   |          |           |
|-----------------------------------|---------|--------|-----------------------------------|----------|-----------|
| <b>Disturbi del comportamento</b> | SI      | NO     | <b>Agitazione psico-motoria</b>   | costante | saltuaria |
| <b>aggressività</b>               | verbale | fisica | <b>Deambulazione afinalistica</b> | fughe    | wandering |
| <b>Inversione sonno/veglia</b>    | SI      | NO     | osservazione                      |          |           |
| <b>note</b>                       |         |        |                                   |          |           |

| LDD e Ulcere cutanee                                |                    |                 |                   |                 | SI         | NO                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Lesione (solo omogenee altrimenti usare più schede) |                    |                 |                   |                 | Stadio I   | arrossamento                                                                       |
| Sede                                                |                    |                 |                   |                 | Stadio II  | lesione superficiale, abrasione, lieve cavità                                      |
|                                                     |                    |                 |                   |                 | Stadio III | profonda cavità nel tessuto sottocutaneo con estensione fino alla fascia muscolare |
| Stadio                                              |                    |                 |                   |                 | Stadio IV  | profonda cavità con interessamento di muscoli, ossa, tendini, articolazioni        |
| Valutazione del rischio:scala di Norton             |                    |                 |                   |                 |            |                                                                                    |
| Condizione fisica                                   | Condizione mentale | Attività        | Mobilità          | Incontinenza    | TOTALE     |                                                                                    |
| Buona - 4                                           | Pronta - 4         | Deambula - 4    | Normale - 4       | Assente - 4     |            |                                                                                    |
| Mediocre - 3                                        | Apatica - 3        | con aiuto - 3   | app. limitata - 3 | Occasionale - 3 |            |                                                                                    |
| Scarsa - 2                                          | Confusa - 2        | con girello - 2 | molto limitata -2 | Urinaria - 2    |            |                                                                                    |
| Moltoscarsa - 1                                     | Incosciente - 1    | Allettato -1    | Immobile - 1      | Doppia -1       |            |                                                                                    |
| PUNTEGGIO INFERIORE A 12 = PAZIENTE A RISCHIO       |                    |                 |                   |                 |            |                                                                                    |

|                                                                          |         |          |          |            |                    |        |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|------------|--------------------|--------|
| <b>Valutazione del rischio: scala di Braden</b>                          |         |          |          |            |                    |        |
| Sono riportati le valutazioni della scheda DSA 54, relative all'ingresso |         |          |          |            |                    |        |
| Percezione sensoriale                                                    | Umidità | Attività | Mobilità | Nutrizione | Attrito e frizione | TOTALE |
|                                                                          |         |          |          |            |                    |        |
| <b>Note</b>                                                              |         |          |          |            |                    |        |

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it



SENIOR RESIDENCE

Residenza  
Sanitaria  
Assistenziale  
Torino

## SCHEMA INGRESSO

Cod. INF 47

Rev. 02

Pagina 3 di 3

## Mini Nutritional Assessment

MNA<sup>®</sup>Nestlé  
Nutrition Institute

Cognome:  Nome:

Sesso:  Et :  Peso, kg:  Altezza, cm:  Data:

Completa lo schema riempiendo le caselle con gli appropriati numeri. Somma i punti per ottenere l'esito finale della valutazione.

## Screening

**A** Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficolt  di masticazione o deglutizione)

- 0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo  
1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo  
2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

☐

**B** Perdita di peso recente (<3 mesi)

- 0 = perdita di peso > 3 kg  
1 = non sa  
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg  
3 = nessuna perdita di peso

☐

**C** Motricit 

- 0 = dal letto alla poltrona  
1 = autonomo a domicilio  
2 = esce di casa

☐

**D** Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?

- 0 = s  2 = no

☐

**E** Problemi neuropsicologici

- 0 = demenza o depressione grave  
1 = demenza moderata  
2 = nessun problema psicologico

☐

**F1** Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)<sup>2</sup> ☐

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

☐

SE L'IMC NON   DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2.  
NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1   GI  STATA COMPLETATA.

**F2** Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

- 0 = CP inferiore a 31  
3 = CP 31 o superiore

☐

**Valutazione di screening**  
(max.14 punti)

☐☐

- 12-14 punti: ☐ stato nutrizionale normale  
8-11 punti: ☐ a rischio di malnutrizione  
0-7 punti: ☐ malnutrito

firma e  
qualifica  
familiareFirma  
infermierepresa  
visione  
Direz. SanitFirma  
Caposala

Senior Residence s.r.l.

Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it