

DIARIO CLINICO INFERMIERE

ATTIVITA' DI ROUTINE

	N1	M	P	N
CURE IGIENICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAGNO A LETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULIZIA CAVO ORALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO FILTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO CIRCUITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAZIONE CVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAZIONE CHIRURGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAZIONE TRACHEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO UMIDIFICAZIONE O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO PRESSIONE CUFFIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO LIVELLO TUBO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO SNG/RISTAGNO GASREICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO TRASDUTTORE A/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECREZIONI BRONCHIALI

	N1	M	P	N
NORMALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCARSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABBONDANTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENSE/PURULENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCHIUMOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA INFERMIERE

N1 (00-07)
M (07-14)
P (14-20)
N (20-24)

BILANCIO IDRICO 0 - 8	
ENTRATE	USCITE
PARENTERALE	DIURESI
FLUIDOTERAPIA	DIALISI
FLUIDOTERAPIA ESTEMPORANEA	SNG
	DRENAGGI
POMPE SIRINGA	1
	2
	3
	4
	5
	6
	FECI
ENTERALE	
LIQUIDI PER OS / SNG	
SANGUE	
TOTALE	TOTALE

BILANCIO IDRICO 0 - 16	
ENTRATE	USCITE
PARENTERALE	DIURESI
FLUIDOTERAPIA	DIALISI
FLUIDOTERAPIA ESTEMPORANEA	SNG
	DRENAGGI
POMPE SIRINGA	1
	2
	3
	4
	5
	6
	FECI
ENTERALE	
LIQUIDI PER OS / SNG	
SANGUE	
TOTALE	TOTALE

DIARIO CLINICO

INFERMIERE

MEDICO

S.U.T. UOSD RIANIMAZIONE DIARIA GIORNALIERA

Satur. Perif. Ossigeno %		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
FiO ₂ /EtCO ₂																										
COGNOME	TC																									
	PA FC																									
NOME																										
ETA'																										
LETTO N°																										
DATA																										
GIORNO DI DEGENZA																										
ALLERGIA																										
SIEROPOSITIVIT A'																										
Tipologie Ventilazione VA NIV HF VM RS																										
GLICEMIA mg/dl																										
INSULINA UI																										
DIURESI ORARIA																										
NRS / CPOT																										
FLUIDOTERAPIA / NPT / NE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
INFUSIONI CONTINUE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
TERAPIA PARENTERALE; OS; SC		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
ACQUA PER OS																										
AREOSOL																										
SIGLA INFERMIERE																										
INDAGINI LABORATORIO / ESAMI STRUMENTALI / CONSULENZE		EMOGASANALISI													VENTILAZIONE											
		ORE	pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃	ScvO ₂	latt.	ABEc	SBEc	tHB	sO ₂	Ht	P/F	K+	NA+								PEEP	FR	FiO ₂

BILANCIO 24 H	
PARENTERALE	DIURESI
FLUIDOTERAPIA	DIALISI
FLUIDOTERAPIA ESTEMPORANEA	SNG
POMPE SIRINGA	DRENAGGI
	1
	2
	3
	4
	5
	6
	FECI
ENTERALE	
LIQUIDI PER OSS / SNG	
SANGUE	
TOTALE	TOTALE

MICROBIOLOGIA	
PCT	
PCR	
EMOCOLTURA	
URINOCOLTURA	
BAL	
BAS	

TERAPIA ESTEMPORANEA	

DIETA
COLAZIONE
PRANZO
CENA