



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.

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

Data: Nome infermiera/e:

^{*}Stop and Watch: ©INTERACT Quality Improvement Tool 4.0.1 diritti d'autore per lo strumento sono della Florida Atlantic University. Il documento può essere utilizzato solo per scopi clinici. Non può essere venduto né integrato in un software elettronico. I presenti adeguamenti sono stati effettuati nel 2020 dalla Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Altre fonti: Intercare, Institut für Pflegewissenschaft, Università di Basilea.