



**ALLEGATO 1**

**SCHEDA DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER PRESTAZIONI GENERALI**

Nome-Cognome ..... nato/a il ..... a

..... C.F.

residente a ..... in via ..... n° ..... recapito telefonico

.....

**necessita della seguente prestazione infermieristica:**

- Iniezione intramuscolare;
- Iniezione sottocutanea;
- Iniezione endovenosa;
- Infusione di farmaci e.v. (esclusi i chemioterapici antitumorali);
- Infusione di farmaci via enterale;
- Rilievo parametri.....
- Rilevazione glicemia capillare;
- Medicazione semplice; n° ..... Frequenza: ..... Zona.....
- Medicazione complessa; n° ..... Frequenza: ..... Zona.....
- Rimozione punti di sutura della ferita chirurgica.....
- Assistenza alle stomie delle vie .....
- Assistenza drenaggi.....
- Posizionamento catetere vescicale;
- Gestione catetere vescicale;

- Gestione catetere vascolare;
- Sostituzione catetere vascolare;
- Istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale;
- Istruzione ed educazione all'autogestione delle stomie digestive e respiratorie;
- Istruzione alla prevenzione ad al trattamento delle lesioni cutanee croniche;
- Istruzione all'autocontrollo della glicemia;
- Consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare;
- Consulenza ed informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia;
- Attività di counseling (accoglienza, ascolto attivo, bisogni, supporto informativo e/o educativo su stili di vita e aspetti assistenziali)
- Altre prestazioni infermieristiche.....

Farmaco da somministrare: .....

.....

Posologia: .....

Durata e frequenza del trattamento: .....

.....

Altre indicazioni utili per l'effettuazione del trattamento

**ALLERGIE** .....

**TERAPIA IN CORSO**.....

.....

.....

Il sottoscritto Dott. .... si rende disponibile per eventuali necessità al numero telefonico e/o cellulare .....

Data .....

Firma del medico