

# STOP AND WATCH\*

Rilevare per tempo  
i campanelli d'allarme

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.**

Cognome/Nome

n. camera

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

**Osservazioni:**

Data:

Nome infermiera/e: