



Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Center-Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unità-Codice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Numero di residenti nell'unità

Numero massimo di residenti nell'unità

Numero massimo di residenti nella struttura

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E' disponibile un dietista, nutrizionista, o assistente dietetico in questa unità?

- Si
 No

Esiste una persona nel vostro reparto dedicata all'assistenza nutrizionale?

- Si
 No

Esegui regolarmente lo screening dei tuoi residenti per malnutrizione/rischio di malnutrizione (solo singola scelta)

- Una volta all'ammissione
 Approssimativamente una volta al mese
 4 - 6 volte l'anno
 1 - 2 volte l'anno
 Mai

Valutazione della malnutrizione/rischio di malnutrizione di tutti i residenti attraverso l'utilizzo di: (possibilità di scelta multipla)

- Indice di massa corporea (IMC)
 Andamento del peso
 Monitoraggio dell'assunzione di cibo
 Giudizio clinico
 Screening della malnutrizione (MNA, MUST, ...)
 Altri

Quanto frequentemente pesi i tuoi residenti di routine? (solo singola scelta)

- Una volta all'ammissione
 Approssimativamente una volta al mese
 4 - 6 volte l'anno
 1 - 2 volte l'anno
 Mai

Grazie

Elenco dei degenti del reparto ed esito del loro ricovero (tutti i pazienti inclusi nell'audit)



Da conservare presso il reparto!

Codificazione
A=Ancora instrutturadirivovero
B=Tranferito ad unaltrostrutturadiricovero
C=Dimesso
D=Morte
E=Altri

Centro-Codice

Unità-Codice

Data

data della valutazione dell'outcome

Status del paziente dopo 6 mesi

Nome, Cognome, data di nascita adesivo identificativo del degente	Residente N°	abitazione dopo 6 mesi	Data di transferito ad un altro struttura di ricovero, di morte...	peso attuale (kg)	nei 6 mesi precedenti		Numero di cadute	Commenti
					ricoveri ospedalieri			
					numero	in giorni		
<i>Completa solo se è applicabile A, D o E</i>								
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

Grazie