**NURSING INFERMIERISTICO**

**LIBRETTO DEL TIROCINANTE**

Tirocinante (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo svolgimento tirocinio: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno accademico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma e Timbro del Tutor Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il presente foglio deve essere firmato giornalmente dal tutor che segue l’attività del tirocinante e in calce dal coordinatore infermieristico responsabile.***

**ATTIVITÀ OBBLIGATORIE**

Ognuna delle seguenti attività deve essere svolta dal tirocinante con la supervisione del tutor. Qualora non fossero presenti pazienti che richiedono uno degli interventi elencati, il tirocinante può essere temporaneamente affidato a un altro infermiere della struttura per raggiungere gli obiettivi specifici.

**1. Misurazione pressione arteriosa** (minimo 10 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Misurazione frequenza cardiaca** (minimo 10 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Prelievo venoso** (minimo 4 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Iniezione sottocutanea** (minimo 4 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Iniezione intramuscolo** (minimo 4 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**6. Pulizia delle ferite e/o medicazioni post-chirurgiche** (minimo 5 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7. Misurazione temperatura corporea** (minimo 5 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**8. Sostituzione sacca catetere vescicale** (minimo 5 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9. Pulizia del paziente** (minimo 3 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10. Sostituzione flebo e preparazione farmaci** (minimo 5 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**11. Applicazione terapie topiche** (minimo 3 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**12. Misurazione rapida della glicemia** (minimo 3 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**13. Tampone tonsillare e/o rino-faringeo** (minimo 3 volte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma tutor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti della Professione Medica** | **VALUTAZIONE\*** |
| È in grado di interagire in modo adeguato con il paziente? |  |
| Ha la capacità di effettuare le principali pratiche infermieristiche? |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario? |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole e dell’organizzazione del reparto (o ambulatorio) e della Struttura? |  |
| Interagisce correttamente col personale infermieristico? |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo? |  |

***VALUTAZIONE FINALE: Approvato/Non Approvato Giudizio Finale\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\*inserire un giudizio dalla A (eccellente) alla F (sufficiente) per ogni aspetto e un giudizio finale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Tutor Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_