

**PIANIFICAZIONE DELLA MOBILIZZAZIONE**

U.O. \_\_\_\_\_ OSPEDALE \_\_\_\_\_ RICIVERATO dal \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Letto \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Diabete  si  no

Data →									
Mobilizzazione Consentita ↓									
Libera									
Mobilizzare in poltrona/pasti									
Mobilizzare con deambulatore									
Mobilizzare accompagnato									
Altro									

Presidio antidecubito tipo.....Richiesto il.....Posizionato il.....

NOTE: \_\_\_\_\_

data	Ore 8	Ore 10	Ore 12	Ore 14	Ore 16	Ore 18
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 20	Ore 22	Ore 24	Ore 02	Ore 04	Ore 06
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 8	Ore 10	Ore 12	Ore 14	Ore 16	Ore 18
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 20	Ore 22	Ore 24	Ore 02	Ore 04	Ore 06
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 8	Ore 10	Ore 12	Ore 14	Ore 16	Ore 18
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 20	Ore 22	Ore 24	Ore 02	Ore 04	Ore 06
Sin						
Sup						
Des						
data	Ore 8	Ore 10	Ore 12	Ore 14	Ore 16	Ore 20
Sin						
Sup						
Des						

L'infermiere che esegue la mobilizzazione contrassegni con X la casella corrispondente alla posizione Sin/Sup/Des nella data ora e sigli con la firma.