

Data/ora 1 Data/ora 2
 Data/ora 3 Data/ora 4

Codice identificativo
del paziente

spuntare la casella

	1	2	3	4	
Vigilanza					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	profondamente addormentato (occhi chiusi, nessuna risposta agli stimoli ambientali)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leggermente addormentato (per lo più occhi chiusi, risposte occasionali agli stimoli)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonnolento (chiude i suoi occhi spesso, poco responsivo agli stimoli ambientali)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sveglio e vigile (sensibile agli stimoli ambientali)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sveglio e agitato (risposte esagerate agli stimoli ambientali)
Calma					
Agitazione					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calma (il bambino appare sereno e tranquillo)
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	un po' ansioso (il bambino mostra ansia lieve)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ansioso (il bambino appare agitato, ma si controlla)
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	molto ansioso (il bambino appare molto agitato, appena in grado di controllarsi)
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	panico (grave sofferenza con perdita dell'autocontrollo)
Risposta respiratoria					
(rilevare il punteggio solo nei pazienti ventilati meccanicamente)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assenza di respirazione spontanea
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	presenza di atti respiratori spontanei
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	irrequietezza o resistenza al ventilatore
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	respira attivamente contro il ventilatore o tossisce regolarmente
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opposizione completa al ventilatore
Pianto					
(rilevare il punteggio solo nei pazienti in respiro spontaneo)					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assenza di pianto
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	singhiozzo o gemito occasionale
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lagna
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pianto
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grido o urlo
Movimenti					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nessun movimento
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	occasionale (tre o meno) piccoli spostamenti
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frequente (più di tre) lievi movimenti
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	movimenti vigorosi limitati alle estremità
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	movimenti vigorosi compresi tronco e la testa
Tono muscolare					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muscoli completamente rilassati, assenza del tono muscolare
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tono muscolare ridotto, minore resistenza rispetto al normale
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normale tono muscolare
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aumento del tono muscolare con flessione delle dita delle mani e dei piedi
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estrema rigidità muscolare con flessione delle dita delle mani e dei piedi
Tono del viso					
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muscoli facciali totalmente rilassati
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	normale tono del viso
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tensione evidente di alcuni muscoli facciali
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tensione evidente in tutti i muscoli facciali
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	evidenti smorfie
Punteggio Totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NRS dolore*	valutazione del dolore (0 = assente fino a 10 = il peggiore dolore possibile)
NISS*	segnare: 1. sedazione insufficiente, 2. sedazione adeguata o 3. sedazione eccessiva
Dettagli sui sedativi / analgesici	<hr/>				
Motivo per la valutazione	<hr/>				

*Abbreviazioni: NRS = Scala per la valutazione del dolore (0-10), NISS = Scala per la valutazione infermieristica della sedazione