

**SCHEDA DI MONITORAGGIO DOMICILIARE** Cognome/nome \_\_\_\_\_

| GIORNO   | 1° | 2° | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|--|----|----|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Data   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| TEMPERATURA CORPOREA mattina                                       |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| TEMPERATURA CORPOREA sera  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| OSSIGENAZIONE<br><i>(Indicare valore rilevato dal saturimetro)</i> |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| PRESSIONE ARTERIOSA<br><i>(indicare valore)</i>                    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| TOSSE SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| MAL DI TESTA SI/NO   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| MAL DI GOLA SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| CONGESTIONE NASALE<br>SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| PERDITA DEL GUSTO e/o<br>DELL'ODORATO SI/NO                        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DOLORI MUSCOLARI<br>SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| NAUSEA/VOMITO<br>SI/NO   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| DIARREA SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| CONGIUNTIVITE<br>SI/NO   |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| FATICA A RESPIRARE >><br>SI/NO<br>n° di atti/minuto >>             |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| STATO DI COSCIENZA<br>VIGILE SI/NO                                 |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| ESPETTORAZIONE<br>SI/NO  |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
| PRESENZA DI SANGUE<br>NELL'ESPETTORATO<br>SI/NO                    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |

**NOTA BENE:** La pressione arteriosa sistolica deve essere superiore a 100 mmHg e la saturazione dell'Ossigeno >93%

**STRUMENTI UTILI AL MONITORAGGIO PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE**

**TERMOMETRO**

**SFIGMOMANOMETRO**

**SATURIMETRO (se disponibile)**