



AF Chirurgica – Setting: X

PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

NOME:	COGNOME:	DATA DI NASCITA:	LETTO:
-------	----------	------------------	--------

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	0	5	1	COMPROMISSIONE DELLA COMUNICAZIONE VERBALE
----------	----------	----------	----------	----------	---

Diminuita, ritardata o assente capacità di ricevere, elaborare, trasmettere e usare un sistema di simboli.

CARATTERISTICHE DEFINENTI: <input type="checkbox"/> Difficoltà a esprimere verbalmente il pensiero (es.: afasia, disfasia, aprassia, dislessia). <input type="checkbox"/> Difficoltà a formare le frasi <input type="checkbox"/> Difficoltà a formare le parole (es.: afonia, dislalia , disartria).	<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> La persona non può parlare. <input type="checkbox"/> La persona non parla <input type="checkbox"/> La persona parla con difficoltà <input type="checkbox"/> La persona si esprime con difficoltà.	FATTORI CORRELATI: <input type="checkbox"/> Barriere fisiche (Es.: tracheostomia, intubazione). <input type="checkbox"/> Condizioni emotive. <input type="checkbox"/> Difetti anatomici (Es.: palatoschisi, alterazioni del sistema neuromuscolare visivo, del sistema uditivo o dell'apparato fonatorio). <input type="checkbox"/> Condizioni fisiche. <input type="checkbox"/> Stress.
---	---	--

N.B. Per validare la D.I. è necessario barrare almeno 2 caratteristiche definenti.

RISULTATI NOC

0902 COMUNICAZIONE. *Abilità di ricevere, interpretare ed esprimere messaggi verbali e non verbali.*

Da: _____ **Mantenere a:** _____ **entro il** _____ **Da:** _____ **Aumentare a:** _____ **entro il** _____

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (Prima rilevazione Piano Assistenziale) (.....)	2° VALUTAZIONE DATA (.....)	3° VALUTAZIONE DATA (.....)	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA (.....)
<input type="checkbox"/> 090202 Uso del linguaggio parlato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> 090205 Uso del linguaggio non verbale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> 090208 Scambia messaggi con gli altri in modo accurato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA

SCALA

1= Estremamente compromesso	2= Sostanzialmente compromesso	3= Moderatamente compromesso	4= Leggermente compromesso	5= Non compromesso	NA= Non applicabile
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------



AF Chirurgica – Setting: X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

NOME:	COGNOME:	DATA DI NASCITA:	LETTO:
-------	----------	------------------	--------

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:

/ Intervento prescritto

NIC-ATTIVITA'	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....			al.....			al.....		
	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<input type="checkbox"/> 4920 ASCOLTO ATTIVO: <i>prestare grande attenzione e attribuire un significato ai messaggi verbali e non verbali della persona assistita.</i>									
<input type="checkbox"/> 4976 MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA <i>Aiuto ad accettare e ad apprendere metodi alternativi per vivere con una compromissione della parola.</i>									
<input type="checkbox"/> Ascoltare attentamente									
<input type="checkbox"/> Usare un foglio per scrivere, se necessario									
<input type="checkbox"/> Sollecitare l'aiuto dei familiari per capire il linguaggio della persona, se appropriato.									
<input type="checkbox"/> Istruire l'assistito e i familiari all'uso di specifici ausili (es.: laringe artificiale)									
<input type="checkbox"/> Esortare a continuare la logopedia dopo la dimissione									
<input type="checkbox"/> Mostrare interesse per l'assistito.									
<input type="checkbox"/> Mostrare consapevolezza e sensibilità nei confronti delle emozioni.									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									

Altro: Specificare

In caso di obiettivi non raggiunti indicare la motivazione:



AF Chirurgica – Setting: X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

NOME:	COGNOME:	DATA DI NASCITA:	LETTO:
-------	----------	------------------	--------

<input type="checkbox"/> Intervento non attuato	/	<input type="checkbox"/> Intervento prescritto	X	<input type="checkbox"/> Intervento fatto
---	---	--	---	---

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:



AF Chirurgica – Setting: X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

NOME:	COGNOME:	DATA DI NASCITA:	LETTO:
-------	----------	------------------	--------

<input type="checkbox"/> Intervento non attuato	/	<input type="checkbox"/> Intervento prescritto	X	<input type="checkbox"/> Intervento fatto
---	---	--	---	---

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> ASCOLTO ATTIVO: <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE: DEFICIT DELLA PAROLA												

Note: