



## AF Chirurgica – Setting: X

### PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

**INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):**
**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>COMPROMISSIONE DELLA MOBILITA'</b>
----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------------

*Limitazione del movimento fisico indipendente e finalizzato del corpo o di uno o più arti.*
**CARATTERISTICHE DEFINENTI.**

- Difficoltà a girarsi
- Diminuzione del tempo di reazione
- Dispnea indotta dal movimento
- Impegno in attività che sostituiscono il movimento (ad esempio: maggiore attenzione alle attività altrui, controllo del proprio comportamento, attenzione concentrata sulle attività / disabilità pre-malattia)
- Instabilità posturale
- Limitata escursione articolare
- Limitata motricità fine
- Limitata motricità macroscopica
- Modificazioni dell'andatura
- Movimenti bruschi
- Movimenti rallentati
- Movimenti scoordinati
- Tremore indotto dal movimento

**FATTORI CORRELATI:**

- Alterazioni del metabolismo cellulare
- Ansia
- Carente sostegno ambientale (fisico o sociale)
- Compromissione cognitiva
- Compromissione muscolo-scheletrica
- Compromissione neuromuscolare
- Compromissione sensoriale percettiva
- Contratture articolari
- Diminuzione del controllo muscolare
- Diminuzione della forza muscolare
- Diminuzione della massa muscolare
- Diminuzione della resistenza
- Dolore
- Farmaci
- Immobilità
- Indice di massa corporea al di sopra del 75° percentile appropriato all'età

- Insufficiente conoscenza del valore dell'attività fisica
- Intolleranza all'attività
- Limitata resistenza cardiovascolare
- Malessere
- Malnutrizione
- Perdita dell'integrità delle strutture ossee
- Prescrizione di limitazione dei movimenti
- Rigidità articolare
- Riluttanza a incominciare il movimento
- Ritardo di sviluppo
- Stile di vita sedentario
- Umore depresso

specificare la causa: \_\_\_\_\_

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

**RISULTATI NOC**
 **0208 MOBILITA'**: *capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.*
 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"/> <b>020801 Equilibrio</b>	<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"/> <b>020803 Movimento dei muscoli</b>	<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"/> <b>020804 Movimento delle articolazioni</b>	<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"/> <b>020805 Prestazioni di trasferimento</b>	<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"/> <b>020806 Camminare</b>	<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"/> <b>020809 Coordinazione</b>	<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"/> <b>020810 Andatura</b>	<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"/> <b>020814 Si muove con agilità</b>	<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 compromessa	2= Sostanzialmente compromessa	3= Moderatamente compromessa	4= Leggermente compromessa	5= Non compromessa	NA= Non applicabile
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------

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



**AF Chirurgica – Setting:  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:

/ Intervento prescritto

	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....	
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>6480 GESTIONE DELL'AMBIENTE.</b> Sistemazione dell'ambiente che sta intorno all'assistito in vista di benefici terapeutici, piacere dei sensi e benessere psicologico.									
<input type="checkbox"/> <b>0221 ESERCIZIO FISICO TERAPEUTICO: DEAMBULAZIONE.</b> Promozione e assistenza alla deambulazione per mantenere o ripristinare le funzioni autonome e volontarie del corpo durante il trattamento e il recupero da una malattia o da un trauma.									
<input type="checkbox"/> <b>0940 ASSISTENZA IN CASO DI TRAZIONE E IMMOBILIZZAZIONE.</b> Gestione della persona con trazione e/o dispositivo stabilizzante per l'immobilizzazione e la stabilizzazione di una parte del corpo.	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<input type="checkbox"/> <b>6490 PREVENZIONE DELLE CADUTE.</b> Adozione di appropriate precauzioni per la persona a rischio di lesioni provocate da cadute.									
<input type="checkbox"/> <b>0762 CURA DELL'APPARECCHIO GESSATO MANTENIMENTO.</b> Cura dell'apparecchio gessato dopo il periodo dell'asciugatura.									
1. Creare un ambiente sicuro e confortevole									
2. Mantenere a portata di mano della persona il comando pe regolare la posizione del letto									
3 Esortare e/o aiutare la persona a sedere sul letto o sulla sedia per la mobilizzazione precoce e per agevolare gli adattamenti posturali.									
4 Consultare il fisioterapista, se necessario, riguardo al piano di deambulazione.									
5 Aiutare la persona nei trasferimenti, se necessario.									
6 Se necessario procurare ausili per la deambulazione (sedia a rotelle, bastone, stampelle, girello)									
7 Incoraggiare e/o aiutare la persona ad alzarsi e camminare entro limiti di sicurezza									
8. Posizionare la persona rispettando l'allineamento corporeo appropriato									
9 Mantenere il decubito appropriato nel letto per favorire l'azione della trazione									
10 Porre attenzione ai pesi della trazione durante i cambi di postura									
11 Monitorare il sistema di fissaggio esterno e i siti di inserzione dei perni									
12 Identificare i deficit cognitivi o fisici della persona che possono aumentare il potenziale di cadute									
13 Identificare i comportamenti e i fattori che contribuiscono al rischio di cadute.									
14 Monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione.									
15 spezionare l'apparecchio gessato per rilevare eventuali segni di drenaggio dalle ferite sottostanti									
16 Posizionare l'apparecchio gessato su cuscini per ridurre la tensione sulle altre parti del corpo									
17) ..... <b>altro: specificare</b>									
<b>In caso di obiettivi non raggiunti indicare la motivazione:</b>									



**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"/> <b>0208 MOBILITA'</b> : <i>capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.</i>												

**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"/> <b>0208 MOBILITA'</b> : <i>capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.</i>												

**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"/> <b>0208 MOBILITA'</b> : <i>capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.</i>												

**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"/> <b>0208 MOBILITA'</b> : <i>capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.</i>												

**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"/> <b>0208 MOBILITA'</b> : <i>capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.</i>												

**Note:**