



AF Chirurgica – Setting: X PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	0	9	5	DISTURBO DEL MODELLO DI SONNO
---	---	---	---	---	--------------------------------------

Interruzioni limitate nel tempo della durata e della qualità del sonno dovute a fattori esterni.

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- La persona lamenta di non sentirsi sufficientemente riposata.
- Si dice insoddisfatta del proprio sonno
- Lamenta una minore capacità di svolgere le sue funzioni.
- Riferisce di essere svegliata.

FATTORI CORRELATI:

- Compagno (a) di stanza.
- Contenzione fisica
- Interruzioni (esempio: per terapia, monitoraggio, esami di laboratorio)
- Mancanza di privacy
- Odori sgradevoli
- Rumore
- Troppa luce
- Temperatura e umidità dell'ambiente

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

RISULTATI NOC

0004 – SONNO “modello naturale periodico di sospensione della coscienza durante il quale il corpo recupera le proprie energie”.

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"/> 000401 Ore di sonno (almeno 5 ore/24 ore)	<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"/> 000402 Ore di sonno osservate	<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"/> 000404 Qualità del sonno	<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"/> 000408 Si sente rigenerato dopo il sonno	<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

	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....			al.....			al.....		
NIC-ATTIVITA'	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>									
1) Spiegare l'importanza di un periodo adeguato di sonno durante la malattia.									
2) Introdurre specifiche modifiche ambientali (luci, rumore, temperatura, materasso, letto ecc...) per promuovere il sonno.									
3) Stabilire gli orari di somministrazione dei farmaci in modo da favorire il ciclo sonno / veglia dell'assistito.									
4) Identificare i sonniferi assunti dalla persona.									
5) Aiutare l'assistito a limitare il sonno durante il giorno, se appropriato.									
6) Istruire l'assistito ad evitare l'assunzione di alimenti o bevande che interferiscono con il sonno.									
7)									
8)									
9)									
Altro specificare:									
10)									

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 style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO "facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari".												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO "facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari".												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO "facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari".												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO "facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari".												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO "facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari".												

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 style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input style="width:100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1850 MIGLIORAMENTO DEL SONNO <i>“facilitazione del sonno / dei cicli di veglia regolari”.</i>												

Note: