



AF Chirurgica – Setting: X PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	1	3	2	DOLORE ACUTO
----------	----------	----------	----------	----------	---------------------

Esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole [...]; insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, con un termine previsto o prevedibile e una durata fino a 6 mesi.

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- alterazione del tono muscolare (da flaccido a rigido)
- attenzione concentrata su di se
- centro di attenzione ristretto (alterata percezione temporale, compromissione dei processi di pensiero, ridotte interazioni con le persone e con l'ambiente)
- comportamenti di distrazione (esempio: camminare avanti e indietro, ricercare altre persone e/o attività, svolgere attività ripetitive)
- comportamento di difesa
- comportamento espressivo (irrequietezza, gemiti, pianto, vigilanza, irritabilità, sospiri)
- dilatazione delle pupille
- disturbo del sonno (sguardo spento, movimenti rigidi e scoordinati, smorfie)

- dolore riferito secondo un codice
- dolore riferito verbalmente
- evidenza osservata di dolore
- gesti di protezione dal dolore
- maschera facciale
- modificazioni dell'appetito
- modificazioni della frequenza cardiaca
- modificazioni della frequenza respiratoria
- modificazioni della pressione arteriosa
- posizione antalgica
- sudorazione profusa

FATTORI CORRELATI:

- agenti lesivi (biologici, chimici, fisici, psicologici)

specificare la causa:

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

RISULTATI NOC

2102 LIVELLO DI DOLORE: Gravità del dolore riferito o osservato

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"/> 210201 dolore riferito	<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"/> 210204 durata degli episodi di dolore	<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"/> 210217 lamento e pianto	<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"/> 210206 espressioni facciali di dolore	<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"/> 210208 irrequietezza	<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"/> 210222 agitazione	<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"/> 210215 perdita di appetito	<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= Grave	2= Sostanziale	3= Moderato	4= Leggero	5=Nessuno	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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita									
1) Effettuare un accertamento completo del dolore (Inizio, durata, frequenza, tipo, intensità, fattori scatenanti e altre caratteristiche).									
2) Rilevare segni non verbali di dolore (specie per le persone che non comunicano in modo efficace)									
3) Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico.									
4) Garantire la somministrazione di analgesici									
5) Insegnare i principi della gestione del dolore (Es.: dare tempestiva comunicazione prima che il dolore aumenti di intensità)									
6) Avvisare il medico se le misure adottate non ottengono risultati									
7) Adottare tecniche non farmacologiche (tecniche di distrazione, assumere posizioni antalgiche ecc...)									
8) Determinare la frequenza di valutazione del benessere della persona e attuare un adeguato piano di monitoraggio									
Altro specificare: 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 checked="" 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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

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"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

Note: