



AF Chirurgica – Setting: X PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	1	3	3	DOLORE CRONICO
----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

*Esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o viene descritta nei termini di tale danno (**International Association for the Study of Pain**); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 6 mesi.*

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Affaticamento
- Alterata capacità di portare avanti le attività precedenti
- Anoressia
- Atrofia dei gruppi muscolari interessati
- Attenzione concentrata su di sé
- Comportamento protettivo
- Depressione
- Dolore riferito secondo un codice
- Dolore riferito verbalmente

- Irrequietezza
- Irritabilità
- Maschera facciale (aspetto sofferente, volto contratto ecc...)
- Osservata evidenza di comportamento di protezione
- Paura di nuova lesione
- Riduzione delle interazioni con le persone
- Risposte mediate dal sistema simpatico (per esempio, febbre, senso di freddo, cambiamento di posizione del corpo, ipersensibilità).

FATTORI CORRELATI:

- Disabilità cronica di natura fisica.
- Disabilità cronica di natura psicosociale.

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 <small>(Prima rilevazione Piano Assistenziale)</small> (.....)	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) Determinare l'impatto dell'esperienza di dolore sulla qualità della vita (per esempio, sonno, appetito, umore, relazioni, lavoro, capacità cognitiva, attività quotidiane....).									
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									
9) Aiutare la persona e i suoi familiari a cercare e ottenere sostegno.									
10) <i>altro specificare</i>									

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	<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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" 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 style="width:90%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 1400 GESTIONE DEL DOLORE: eliminazione del dolore o sua riduzione a un livello accettabile per la persona assistita												

Note: