



AF Chirurgica – Setting: X

PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	1	2	6	INSUFFICIENTE CONOSCENZA
---	---	---	---	---	---------------------------------

Assenza o inadeguatezza di informazioni cognitive correlate ad uno specifico argomento.

CARATTERISTICHE DEFINENTI:

- Comportamenti esagerati
- Comportamenti inappropriati (esempio: isterici, ostili, di agitazione, di apatia)
- Dichiarata presenza del problema
- Imprecisioni nel seguire le istruzioni
- Scorretta esecuzione di test

FATTORI CORRELATI:

- Insufficiente familiarità con le risorse informative
- Interpretazione errata delle informazioni
- Limitazioni cognitive
- Scarsa esperienza
- Scarso interesse per l'apprendimento
- Scarsi sistemi di richiamo

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

RISULTATI NOC

- 1803 CONOSCENZE: Processo patologico**
- 1813 CONOSCENZE: Regime terapeutico**
- 1814 CONOSCENZE: Procedure terapeutiche**
- 1824 CONOSCENZE: Cura della malattia**

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"/> 180302 Descrizione dello specifico processo patologico	<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"/> 180309 Descrizione delle complicanze	<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"/> 180311 Descrizione delle precauzioni per prevenire le complicanze	<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"/> 181304 Descrizione degli effetti attesi dal trattamento	<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"/> 182407 Descrizione delle procedure di trattamento	<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"/> 181401 Descrizione delle procedure terapeutiche	<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"/> 181412 Descrizione delle controindicazioni per le procedure terapeutiche	<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"/> 181410 Descrizione dei potenziali effetti collaterali	<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"/> 182406 Descrizione delle attività e degli esercizi prescritti	<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= Nessuna	2= Limitata	3= Moderata	4= Sostanziale	5= Notevole	NA= Non applicabile
------------	-------------	-------------	----------------	-------------	---------------------



AF Chirurgica – Setting: X PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:
/ Intervento prescritto

	DATA dal.....						
NIC-ATTIVITA'	al.....						
	P	M	N	P	M	N	P
<input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico <i>[aiutare la persona a comprendere le informazioni relative a uno specifico processo di malattia].</i>							
<input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <i>[aiutare la persona perchè capisca e sia mentalmente preparata a un intervento chirurgico e al periodo di recupero postoperatorio].</i>							
<input type="checkbox"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <i>[preparazione della persona a raggiungere e/o mantenere il livello di attività prescritto].</i>							
<input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <i>[aiutare la persona perchè capisca e sia mentalmente preparata per una procedura o un trattamento prescritto].</i>							
1) Istruire la persona sui segni e i sintomi da riferire, se appropriato.							
2) Istruire la persona sulle possibili complicanze connesse alla patologia, all'intervento, procedure, trattamenti ecc							
3) Informare l'assistito e altre persone significative sulla data, l'ora, sede e durata dell'intervento chirurgico.							
4) Descrivere le routine pre e postoperatorie (anestesia, preparazione, dieta, esami terapia, controllo del dolore ecc...).							
5) Informare l'assistito sulla data, durata e scopo del trattamento.							
6) Spiegare la procedura e tutte le attività connesse al trattamento.							
7) Informare la persona sullo scopo e sui benefici delle attività / degli esercizi prescritti.							
8) Insegnare alla persona come eseguire le attività / gli esercizi prescritti.							
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			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

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"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

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"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

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"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

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"/> 5612 Insegnamento: attività / esercizi prescritti <input type="checkbox"/> 5610 Insegnamento periodo preoperatorio <input type="checkbox"/> 5618 Insegnamento: procedure / trattamenti <input type="checkbox"/> 5602 Insegnamento: processo patologico												

Note: