

DATA



**AF Chirurgica  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

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

**INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

0	0	0	9	2	<b>INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'</b>
---	---	---	---	---	-----------------------------------

**DEFINIZIONE:** energie fisiche o psichiche insufficienti per continuare o completare le attività quotidiane necessarie o desiderate.

<p><b>CARATTERISTICHE DEFINENTI</b></p> <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Frequenza cardiaca anormale in risposta all'attività <input type="checkbox"/> Malessere dopo uno sforzo	<input type="checkbox"/> Modificazioni ECG per aritmie <input type="checkbox"/> Modificazioni ECG per ischemia <input type="checkbox"/> P.A. Anormale in risposta all'attività <input type="checkbox"/> Riferita astenia <input type="checkbox"/> Riferito affaticamento	<p><b>FATTORI CORRELATI</b></p> <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Debolezza generalizzata <input type="checkbox"/> Immobilità <input type="checkbox"/> Squilibrio tra apporto e richiesta di ossigeno <input type="checkbox"/> Stile di vita sedentario
---	--	--

**RISULTATI NOC**

**0005 TOLLERANZA ALL'ATTIVITA':** risposte ai movimenti corporei (che richiedono dispendio di energia) nello svolgimento delle attività della vita quotidiana necessarie o desiderate.

[ ] Da: ____ Mantenere a: ____ entro il ____	[ ] Da: ____ Aumentare a: ____ entro il ____
[ ] Da: ____ Mantenere a: ____ entro il ____	[ ] Da: ____ Aumentare a: ____ entro il ____
[ ] 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 (.....)
a) 000501 Saturazione O2 sotto sforzo	<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
b) 000502 FC sotto sforzo	<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
c) 000503 FR sotto sforzo	<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
d) 000508 Facilità di respirazione sotto sforzo	<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
e) 000509 Andatura	<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
f) 000518 Facilità nello svolgere le attività di vita quotidiana (ADL)	<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
g) 000514 Capacità di parlare durante l'attività fisica	<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
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

**In caso di obiettivi non raggiunti indicare la motivazione:**

---



---



---



---



DATA



**AF Chirurgica  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

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

<input type="checkbox"/>	Intervento non attuato	<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: 100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> <b>1800 ASSISTENZA NELLA CURA DI SE':</b> aiutare un'altra persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana												

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"/> <b>1800 ASSISTENZA NELLA CURA DI SE':</b> aiutare un'altra persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana												

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"/> <b>1800 ASSISTENZA NELLA CURA DI SE':</b> aiutare un'altra persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana												

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"/> <b>1800 ASSISTENZA NELLA CURA DI SE':</b> aiutare un'altra persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana												

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"/> <b>1800 ASSISTENZA NELLA CURA DI SE':</b> aiutare un'altra persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana												

Note: