

DATA



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	1	3	4	NAUSEA
----------	----------	----------	----------	----------	---------------

DEFINIZIONE: sensazione spiacevole, intermittente, al livello della faringe, dell'epigastrio o di tutto l'addome, che può evolvere o non evolvere in vomito

<p>CARATTERISTICHE DEFINENTI</p> <input type="checkbox"/> Accentuata deglutizione <input type="checkbox"/> Aumento della salivazione <input type="checkbox"/> Avversione per il cibo <input type="checkbox"/> Cattivo sapore in bocca <input type="checkbox"/> La persona riferisce nausea <input type="checkbox"/> Sensazione di dover vomitare	<p>CARATTERISTICHE DEFINENTI</p> <input type="checkbox"/> Disordini biochimici (es. uremia e chetoacidosi diabetica) <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Malattia esofagea <input type="checkbox"/> Malattia pancreatica <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Cattivo odore <input type="checkbox"/> Gusto sgradevole	<input type="checkbox"/> Paura <input type="checkbox"/> Stimoli visivi sgradevoli <input type="checkbox"/> Distensione gastrica <input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Irritazione gastrica <input type="checkbox"/> ...specificare <hr/> <hr/>
--	---	--

RISULTATI NOC

2107 GRAVITA' DI NAUSEA E VOMITO: gravità dei sintomi di nausea e vomito.

<input type="checkbox"/> Da: ___ Mantenere a: ___ entro il ___	<input type="checkbox"/> Da: ___ Aumentare a: ___ entro il ___
<input type="checkbox"/> Da: ___ Mantenere a: ___ entro il ___	<input type="checkbox"/> Da: ___ Aumentare a: ___ entro il ___
<input type="checkbox"/> Da: ___ Mantenere a: ___ entro il ___	<input type="checkbox"/> Da: ___ Aumentare a: ___ entro il ___

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (Prima rilevazione Piano Assistenziale) (.....)	2° VALUTAZIONE DATA (.....)	3° VALUTAZIONE DATA (.....)	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA (.....)
a) 210701 Frequenza della nausea	<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) 210702 Intensità della nausea	<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) 210707 Frequenza del vomito	<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) 210708 Intensità del vomito	<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) 210704 Frequenza dei conati di vomito	<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) 210705 Intensità dei conati di vomito	<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) 210714 Bruciori di stomaco	<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
h) 210717 Sangue nella emesi	<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
i) 210713 Perdita di peso	<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"/> NAIII
l) 210719 Odore di feci nell'emesi	<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"/> NAIII

SCALA

1= Grave	2= Sostanziale	3= Moderata	4= Leggera	5=Nessuna	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"/> 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"/> 1450 GESTIONE DELLA NAUSEA: prevenzione della nausea o sollievo da essa.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 1450 GESTIONE DELLA NAUSEA: prevenzione della nausea o sollievo da essa.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 1450 GESTIONE DELLA NAUSEA: prevenzione della nausea o sollievo da essa.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 1450 GESTIONE DELLA NAUSEA: prevenzione della nausea o sollievo da essa.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	DATA:	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS
<input type="checkbox"/> 1450 GESTIONE DELLA NAUSEA: prevenzione della nausea o sollievo da essa.												

Note: