

DATA



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____ LETTO: _____

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0 0 0 0 2 NUTRIZIONE SQUILIBRATA: INFERIORE AL FABBISOGNO METABOLICO

DEFINIZIONE: *assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico.*

CARATTERISTICHE DEFINENTI

- Alterazione del senso del gusto
- Assunzione di alimenti inferiore alla dose giornaliera raccomandata (LARN)
- Calo ponderale con assunzione adeguata di alimenti
- Cavo orale dolente
- Crampi addominali
- Diarrea
- Disinteresse per il cibo
- Dolore addominale

- Immediata sazietà dopo l'ingestione di alimenti
- Immediata sazietà dopo l'ingestione di alimenti
- Peso inferiore al 20% o più rispetto a quello ideale
- Riferita alterazione del senso del gusto
- Riferita assunzione di alimenti inferiore alla razione quotidiana consigliata.
- Steatorrea
- Tono muscolare scarso

FATTORI CORRELATI

- Fattori biologici
- Difficoltà economiche
- Fattori psicologici
- Incapacità di assorbire nutrienti
- Incapacità di digerire alimenti
- Incapacità di ingerire alimenti.
- Insufficiente assunzione di alimenti

RISULTATI NOC

1008 STATO NUTRIZIONALE: APPORTO DI ALIMENTI E LIQUIDI. *Quantità di cibo e di liquidi introdotti nell'organismo nell'arco di 24h.*

Da: _____ Mantenere a: _____ entro il _____
il _____

Da: _____ Aumentare a: _____ entro _____

Da: _____ Mantenere a: _____ entro il _____
il _____

Da: _____ Aumentare a: _____ entro _____

Da: _____ Mantenere a: _____ entro il _____
il _____

Da: _____ Aumentare a: _____ entro _____

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (Prima rilevazione Piano Assistenziale) (.....)	2° VALUTAZIONE DATA (.....)	3° VALUTAZIONE DATA (.....)	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA (.....)
a) 100801 Apporto di alimenti per via orale	<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) 100802 Apporto attraverso sonda	<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) 100803 Apporto di liquidi per via orale	<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) 100804 Apporto di liquidi endovena	<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) 100805 Apporto nutritivo parenterale	<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= Non adeguato	2= Scarsamente adeguato	3= Moderatamente adeguato	4= Sostanzialmente adeguato	5=Totalmente adeguato	NA= Non applicabile
-----------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------

In caso di obiettivi non raggiunti indicare la motivazione:

DATA



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

ATTIVITA' PRESCRITTE

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:

/ Intervento prescritto

	DATA dal.....	DATA dal.....	DATA dal.....	DATA dal.....	DATA dal.....	DATA dal.....
NIC- ATTIVITA'	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....	al.....
	P	M	N	P	M	N
<input type="checkbox"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE: garantire, o aiutare a garantire, un apporto dietetico bilanciato di alimenti e liquidi.						
<input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE: raccolta e analisi dei dati relativi alla persona per prevenire o diminuire la malnutrizione.						
<input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE: preparazione e somministrazione di sostanze nutrienti per via endovenosa e monitoraggio della risposta dell'assistito.						
<input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA: somministrazione di nutrienti e di acqua per mezzo di una sonda gastrointestinale.						
1) Determinare, in collaborazione con il dietista se appropriato, il numero di calorie e il tipo di nutrienti necessari per soddisfare il fabbisogno nutrizionale.						
2) Incoraggiare un apporto calorico appropriato alla costituzione e allo stile di vita della persona.						
3) Monitorare l'apporto calorico e nutrizionale.						
4) Determinare se la persona ha bisogno di una dieta speciale.						
5) Mantenere pervia ed eseguire la medicazione della linea centrale, secondo le raccomandazioni fornite dalle linee guida.						
6) Verificare che la composizione della preparazione per NPT sia corrispondente alla prescrizione.						
7) Monitorare entrate e uscite.						
8) Monitoraggio dei parametri vitali						
9) Monitorare pompa e linea infusoriale per NPT.						
10) Monitoraggio dei liquidi e degli elettroliti.						
11) Monitorare per rilevare eventuale sensazione di pienezza, nausea e vomito.						
12) Monitorare per eventuali segni di edema o disidratazione						
13) Preparare la persona e i suoi familiari per la nutrizione enterale a casa, se appropriato.						
..... <i>specificare</i>						

DATA



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

Ø	Intervento non attuato	X	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"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE <input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA												

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"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE <input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA												

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"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE <input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA												

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"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE <input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA												

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"/> 1100 GESTIONE DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1160 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE <input type="checkbox"/> 1200 NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE <input type="checkbox"/> 1056 NUTRIZIONE PER SONDA												

Note: