



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

**INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

0	0	1	4	8	<b>PAURA</b>
---	---	---	---	---	--------------

*Risposta a una minaccia percepita che è consapevolmente riconosciuta*

<p><b>CARATTERISTICHE DEFINENTI</b></p> <input type="checkbox"/> La persona riferisce apprensione <input type="checkbox"/> Riferisce nervosismo <input type="checkbox"/> Riferisce spavento <input type="checkbox"/> Riferisce timore <input type="checkbox"/> La persona identifica l'oggetto della paura <input type="checkbox"/> Comportamenti di evitamento <input type="checkbox"/> Tensione muscolare	<input type="checkbox"/> Impulsività <input type="checkbox"/> Aumento FC <input type="checkbox"/> Aumento PA <input type="checkbox"/> Aumento FR <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito	<p><b>FATTORI CORRELATI</b></p> <input type="checkbox"/> Barriera Linguistica <input type="checkbox"/> Compromissione sensoriale <input type="checkbox"/> Stimolo fobico <input type="checkbox"/> Separazione dal sistema di sostegno in una situazione potenzialmente stressante (per esempio: ospedalizzazione, determinate procedure in ospedale).
---	---	--

**RISULTATI NOC**

- 1210 LIVELLO DI PAURA:** *livello di palese inquietudine, tensione e apprensione derivanti da causa nota.*
- 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 (.....)
<input type="checkbox"/> 121031 Dichiarazione di paura	<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"/> 121022 Tensione muscolare	<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"/> 121015 Pensiero assorbito dalla causa della paura	<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"/> 121014 Preoccupazione per gli eventi della vita	<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"/> 121001 Angoscia	<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"/> 121004 Mancanza di fiducia in se stessi	<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"/> 121005 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"/> 121006 Irritabilità	<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
----------	----------------	-------------	------------	------------	---------------------

**PO Misericordia  
AF Chirurgica - Setting E  
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

DATA



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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE: \_\_\_\_\_ / Intervento prescritto

	DATA dal.....	DATA dal.....	DATA dal.....
<b>NIC-ATTIVITA'</b>	al.....	al.....	al.....
	P	M	N
<input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.	P	M	N
1) Spiegare tutte le procedure e stare vicino alla persona per promuovere la sicurezze e ridurre la paura.			
2) Adottare un approccio calmo e rassicurante.			
3) Fornire informazioni concrete relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi.			
4) Incoraggiare i familiari a rimanere accanto all'assistito (se appropriato).			
5) Ascoltare con attenzione			
6) Creare un'atmosfera che faciliti la fiducia			
7) Rilevare i cambiamenti nel livello di ansia			
8) Osservare per rilevare le manifestazioni, verbali e non verbali di ansia.			
9) Somministrare farmaci, se appropriato.			
10) Aiutare l'assistito a individuare le situazioni che aumentano l'ansia.			
11) ...altro specificare			

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

---



---



---



---



---



---

DATA

**PO Misericordia  
AF Chirurgica - Setting E  
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**



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

<input type="checkbox"/> Intervento non attuato	/ Intervento prescritto	X Intervento fatto
---	-------------------------	--------------------

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> <b>5820 RIDUZIONE DELL'ANSIA:</b> riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.												

Note: