



AF Chirurgica – Setting: X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	0	4	7	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELL'INTEGRITA' CUTANEA
----------	----------	----------	----------	----------	--

Rischio che la cute vada incontro a modificazioni sfavorevoli.

FATTORI DI RISCHIO ESTERNI:

- Escrezioni
- Età estrema (bambino, anziano)
- Fattori meccanici (Es.: forza di taglio, pressione ecc...)
- Immobilizzazione fisica
- Ipertermia
- Ipotermia
- Radiazioni
- Secrezioni
- Sostanze chimiche
- Umidità

FATTORI DI RISCHIO INTERNI:

- Cambiamenti turgore cutaneo
- Cambiamenti pigmentazione
- Compromissione circolatoria
- Compromissione della sensibilità
- Compromissione dello stato metabolico
- Farmaci
- Fattori evolutivi
- Fattori immunologici
- Fattori psicogeni
- Prominenze ossee
- Squilibrio dello stato nutrizionale (Es.: obesità, deperimento ecc...)

N.B. Per validare la D.I. è necessario barrare almeno 1 fattore di rischio.

RISULTATI NOC

1101 IINTEGRITA' TISSUTALE: CUTE E MUCOSE

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"/> 110101 Temperatura della cute	<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"/> 110104 Idratazione	<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"/> 110106 Sudorazione	<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"/> 110109 Spessore	<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"/> 110113 Integrità della cute	<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



AF Chirurgica – Setting: X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE: _____ / Intervento prescritto _____

	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....			al.....			al.....		
NIC-ATTIVITA'	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE: raccolta e anamnesi dei dati della persona allo scopo di conservare l'integrità della cute e delle mucose.									
<input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA: mantenimento dell'eliminazione attraverso la stomia e cura dei tessuti circostanti.									
1) Ispezionare le condizioni dell'incisione chirurgica.									
2) Ispezionare cute e mucose per la presenza di eventuali arrossamenti									
3) Monitorare la cute (per eventuali aree di arrossamento, eccessiva secchezza o umidità, colorito, temperatura)									
4) Monitorare per eventuali segni di infezione									
5) Cambiare / vuotare la sacca della stomia									
6) Assistere la persona nel procurarsi gli strumenti									
7) Istruire l'assistito / familiari sull'uso degli strumenti e sulla cura della stomia									
8) Incoraggiare l'assistito / familiari a esprimere sentimenti e preoccupazioni relative al cambiamento dell'immagine corporea.									
9) Esprimere fiducia che la persona con stomia potrà riprendere una vita normale									
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			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE <input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE <input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE <input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE <input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA												

Note:

NIC-ATTIVITA'	MATTINA				POMERIGGIO				NOTTE			
	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla	INF	sigla	OSS	sigla
DATA: <input type="text"/>												
<input type="checkbox"/> 3590 SORVEGLIANZA DELLA CUTE <input type="checkbox"/> 0480 CURA DELLA STOMIA												

Note: