

DATA



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	0	1	5	RISCHIO DI STIPSI
---	---	---	---	---	--------------------------

DEFINIZIONE: a rischio di diminuzione della normale frequenza della defecazione, accompagnata da un'emissione fecale difficoltosa o incompleta e/o con feci eccessivamente dure e asciutte.

FATTORI DI RISCHIO

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recenti cambiamenti ambientali <input type="checkbox"/> Attività fisica insufficiente <input type="checkbox"/> Debolezza della muscolatura addominale <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Stress emotivo <input type="checkbox"/> Stress emotivo <input type="checkbox"/> Confusione mentale <input type="checkbox"/> Squilibrio elettrolitico <input type="checkbox"/> Abitudini alimentari inadeguate | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambiamento rispetto alle modalità abituali di alimentarsi <input type="checkbox"/> Diminuita motilità del tratto gastrointestinale <input type="checkbox"/> Disidratazione <input type="checkbox"/> Insufficiente assunzione di fibra <input type="checkbox"/> Insufficiente assunzione di liquidi <input type="checkbox"/> Farmacologici (es.: anticolinergici, anticonvulsivanti, diuretici, fenotiazidici, oppiacei, sedativi, simpaticomimetici ecc...) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ascesso rettale <input type="checkbox"/> Comèpromissione neurologica <input type="checkbox"/> Emorroidi <input type="checkbox"/> Ipertrofia prostatica <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Prolasso rettale <input type="checkbox"/> Ostruzione postchirurgica <input type="checkbox"/> Stenosi anale <input type="checkbox"/> Tumore |
|--|--|--|

RISULTATI NOC

0501 ELIMINAZIONE FECALE: formazione ed evacuazione delle feci.

[] 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) 050101 Modello di eliminazione	<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) 050102 Controllo dei movimenti intestinali	<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) 050104 Quantità di feci in rapporto alla dieta	<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) 050105 Feci soffici e formate	<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) 050112 Facilità di transito delle feci	<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)	<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)	<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= Gravemente 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"/> 0450 GESTIONE DELLA STIPSI / FECALOMA: <i>prevenzione e attenuazione della stipsi / fecaloma.</i>												

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"/> 0450 GESTIONE DELLA STIPSI / FECALOMA: <i>prevenzione e attenuazione della stipsi / fecaloma.</i>												

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"/> 0450 GESTIONE DELLA STIPSI / FECALOMA: <i>prevenzione e attenuazione della stipsi / fecaloma.</i>												

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"/> 0450 GESTIONE DELLA STIPSI / FECALOMA: <i>prevenzione e attenuazione della stipsi / fecaloma.</i>												

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"/> 0450 GESTIONE DELLA STIPSI / FECALOMA: <i>prevenzione e attenuazione della stipsi / fecaloma.</i>												

Note: