

DATA



**AF Chirurgica  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

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

**INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

0	0	0	8	6	<b>RISCHIO DI DISFUNZIONE NEUROVASCOLARE PERIFERICA</b>
---	---	---	---	---	---

**DEFINIZIONE:** stato in cui la persona è a rischio di alterazioni della circolazione, della sensibilità o del movimento di un arto.

**FATTORI DI RISCHIO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Compressione meccanica (per esempio, da laccio emostatico, busto ortopedico, gesso, fasciatura o contenzione)<br><input type="checkbox"/> Frattura | <input type="checkbox"/> Immobilizzazione<br><input type="checkbox"/> Intervento chirurgico (ortopedico)<br><input type="checkbox"/> Ostruzione vascolare<br><input type="checkbox"/> Trauma<br><input type="checkbox"/> Ustione |
|---|--|

**RISULTATI NOC**

**0208 MOBILITA'**: capacità di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente in modo autonomo con o senza uno strumento di sostegno.

[ ] 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) 020803 Movimento dei muscoli	<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) 020804 Movimento delle articolazioni	<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) 020805 Prestazioni di trasferimento	<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) 020806 Camminare	<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
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

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

---



---



---



---



---



---



---



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
<b>DATA:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/> <b>2660 GESTIONE DELLA SENSIBILITA' PERIFERICA:</b> prevenzione o riduzione al minimo delle lesioni o del disagio nella persona con sensibilità alterata.												

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>2660 GESTIONE DELLA SENSIBILITA' PERIFERICA:</b> prevenzione o riduzione al minimo delle lesioni o del disagio nella persona con sensibilità alterata.												

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>2660 GESTIONE DELLA SENSIBILITA' PERIFERICA:</b> prevenzione o riduzione al minimo delle lesioni o del disagio nella persona con sensibilità alterata.												

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>2660 GESTIONE DELLA SENSIBILITA' PERIFERICA:</b> prevenzione o riduzione al minimo delle lesioni o del disagio nella persona con sensibilità alterata.												

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>2660 GESTIONE DELLA SENSIBILITA' PERIFERICA:</b> prevenzione o riduzione al minimo delle lesioni o del disagio nella persona con sensibilità alterata.												

Note: