



AF Chirurgica X

PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE (ITA):

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

0	0	2	0	2	RISCHIO DI INEFFICACE PERFUSIONE GASTROINTESTINALE
---	---	---	---	---	---

A rischio di diminuzione della circolazione gastrointestinale.

FATTORI DI RISCHIO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Aneurisma Aorto Addominale
<input type="checkbox"/> Alterazione dei valori coagulativi
<input type="checkbox"/> Coagulopatia (es.: anemia falciforme)
<input type="checkbox"/> Diabete mellito
<input type="checkbox"/> Disfunzione epatica
<input type="checkbox"/> Effetti collaterali correlati al trattamento (es.: bypass cardiopomolare, farmaci, anestesia, chirurgia gastrica)
<input type="checkbox"/> Emorragia gastrointestinale acuta | <input type="checkbox"/> Età > 60 anni
<input type="checkbox"/> Fumo
<input type="checkbox"/> Genere femminile
<input type="checkbox"/> Ictus cerebrale
<input type="checkbox"/> Infarto del miocardio
<input type="checkbox"/> Instabilità emodinamica
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale
<input type="checkbox"/> Malattia gastrointestinale (es.: ulcera duodenale o gastrica, colite ischemica, pancreatite ischemica)
<input type="checkbox"/> Sindrome compartimentale addominale
<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> Varici gastroesofagee |
|---|---|

RISULTATI NOC

0404 PERFUSIONE TISSUTALE: ORGANI ADDOMINALI – *flusso ematico attraverso i piccoli vasi dei visceri addominali adeguato a mantenere la funzione degli organi.*

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"/> 040408 Dolore addominale	<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"/> 040409 Nausea	<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"/> 040410 Vomito	<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"/> 040415 Varici gastrointestinali	<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
-----------------	-----------------------	--------------------	-------------------	------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/> 040402 Produzione di urina	<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"/> 040403 Equilibrio elettrolitico e acido/base	<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"/> 040404 Equilibrio dei liquidi	<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"/> 040419 Azoto ureico plasmatico	<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"/> 040420 Creatinina plasmatica	<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"/> 040421 Esiti test funzione epatica	<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"/> 040419 Enzimi pancreatici	<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 compromesso	2= Sostanzialmente compromesso	3= Moderatamente compromesso	4= Leggermente compromesso	5=Non compromesso	NA= Non applicabile
------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	----------------------------



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:

/ Intervento prescritto

	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....			al.....			al.....		
	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<div style="text-align: center;">NIC-ATTIVITA'</div> <input type="checkbox"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.									
1) Monitoraggio dei liquidi									
2) Monitoraggio dell'equilibrio acido / base									
3) Gestione dell'equilibrio acido base									
4) Gestione dei liquidi									
5) Gestione della nausea									
6) Monitoraggio dei parametri vitali									
7)									
8)									
9)									
10)									
11) <i>...altro specificare</i>									

In caso di obiettivi non raggiunti indicare la motivazione:



AF Chirurgica X
PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO

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

<input type="checkbox"/> Intervento non attuato	/	<input type="checkbox"/> Intervento prescritto	<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"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.												

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"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.												

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"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.												

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"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.												

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"/> 00024 PERFUSIONE TISSUTALE: GASTROINTESTINALE – diminuzione dell'ossigenazione con conseguente inadeguato nutrimento tissutale a livello capillare.												

Note: