



**AF Chirurgica – Setting:  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

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

**INFERMIERE TUTOR ASSISTENZIALE:**

**DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>RISCHIO DI INFEZIONI</b>
----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

A maggior rischio di essere invasi da microrganismi patogeni

**FATTORI DI RISCHIO:**

- Aumento dell'esposizione ambientale ad agenti patogeni
- Conoscenze insufficienti a evitare l'esposizione ai microrganismi patogeni
- Inadeguate difese primarie (discontinuità della cute)
- Inadeguate difese secondarie
- Malattia cronica
- Malnutrizione

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

**RISULTATI NOC**

 **0703 GRAVITA' DELL'INFEZIONE:** Gravità dei segni e sintomi dell'infezione

 **Da:** \_\_\_\_\_ **Mantenere a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_       **Da:** \_\_\_\_\_ **Aumentare a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE <small>(corrisponde alla data di attivazione del PAI)</small>	2° VALUTAZIONE DATA	3° VALUTAZIONE DATA	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA
<input type="checkbox"/> <b>070307</b> Febbre	<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"/> <b>070321</b> Cultura dell'espettorato	<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"/> <b>070305</b> Drenaggio purulento	<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"/> <b>070320</b> Colonizzazione della cultura ematica	<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"/> <b>070324</b> Cultura dell'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

**SCALA:** 1= Grave / 2= Sostanziale / 3= Moderato / 4= Lieve / 5= Nessuno / NA= Non applicabile)

**RISULTATI NOC**

 **1009 STATO NUTRIZIONALE: ASSUNZIONE DI NUTRIENTI:** Assunzione di nutrienti per soddisfare le necessità metaboliche

 **Da:** \_\_\_\_\_ **Mantenere a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_       **Da:** \_\_\_\_\_ **Aumentare a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE <small>(corrisponde alla data di attivazione del PAI)</small>	2° VALUTAZIONE DATA	3° VALUTAZIONE DATA	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA
<input type="checkbox"/> <b>100901</b> Apporto calorico	<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= Non adeguato / 2= Scarsamente adeguato / 3= Moderatamente adeguato / 4= Sostanzialmente adeguato / 5= Totalmente adeguato / NA= (Non applicabile)



**AF Chirurgica – Setting:  X**  
**PIANO ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

**RISULTATI NOC**

**0410 STATO RESPIRATORIO: PERVIETÀ DELLE VIE AREE:** Grado di pervietà delle vie tracheo bronchiali

**Da:** \_\_\_\_\_ **Mantenere a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_  **Da:** \_\_\_\_\_ **Aumentare a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (corrisponde alla data di attivazione del PAI) (.....)	2° VALUTAZIONE DATA (.....)	3° VALUTAZIONE DATA (.....)	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA (.....)
<input type="checkbox"/> <b>041004</b> Frequenza respiratoria (scala 1)	<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"/> <b>041005</b> Ritmo respiratorio (scala 1)	<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"/> <b>041012</b> Capacità di rimuovere le secrezioni (scala 1)	<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"/> <b>041013</b> Dilatazione delle narici (scala 2)	<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"/> <b>041018</b> Uso dei muscoli accessori (scala 2)	<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"/> <b>041019</b> Tosse (scala 2)	<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"/> <b>041020</b> Accumulo di espettorato (scala 2)	<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=** Estrema deviazione della norma / **2=** Sostanziale deviazione della norma / **3=** Moderata deviazione della norma  
**4=** Lieve deviazione della norma / **5=** Nessuna deviazione della norma / **NA=** (Non applicabile)

**RISULTATI NOC**

**1101 INTEGRITÀ TESSUTALE: CUTE E MUCOSE:** Integrità strutturale e normale funzione fisiologica della cute e delle membrane cutanee

**Da:** \_\_\_\_\_ **Mantenere a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_  **Da:** \_\_\_\_\_ **Aumentare a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (corrisponde alla data di attivazione del PAI)	2° VALUTAZIONE DATA	3° VALUTAZIONE DATA	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA
<input type="checkbox"/> <b>110104</b> 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"/> <b>110111</b> Perfusione tissutale	<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"/> <b>110113</b> 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=** Lievemente compromessa / **5=** Non compromessa / **NA=** Non applicabile)

**RISULTATI NOC**

**1103 GUARIGIONE DELLE FERITE PER SECONDA INTENZIONE** Entità della rigenerazione di cellule e tessuti in una ferita aperta

**Da:** \_\_\_\_\_ **Mantenere a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_  **Da:** \_\_\_\_\_ **Aumentare a:** \_\_\_\_\_ **entro il** \_\_\_\_\_

INDICATORE DI VALUTAZIONE	1° VALUTAZIONE (corrisponde alla data di attivazione del PAI)	2° VALUTAZIONE DATA	3° VALUTAZIONE DATA	VALUTAZIONE DIMISSIONE DATA
<input type="checkbox"/> <b>110322</b> Infiammazione della ferita	<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"/> <b>110308</b> Edema circostante la ferita	<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"/> <b>110312</b> Necrosi	<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"/> <b>110317</b> Odore fetido dalla ferita	<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=** Completa / **2=** Sostanziale / **3=** Moderata / **4=** Limitata / **5=** Nessuna / **NA=** (Non applicabile)



**AF Chirurgica – Setting:  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
---	---	--	--

	DATA dal.....			DATA dal.....			DATA dal.....		
	al.....			al.....			al.....		
	P	M	N	P	M	N	P	M	N
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>1120 TERAPIA NUTRIZIONALE:</b> Somministrazione di alimenti e liquidi per sostenere i processi metabolici di una persona malnutrita o ad alto rischio di malnutrizione									
1) Monitorare la quantità di alimenti e liquidi che la persona assume									
2) determinare le preferenze nutrizionali della persona tenendo presente delle preferenze culturali della persona									
Altro specificare: 3)									
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>3250 STIMOLAZIONE DELLA TOSSE:</b> stimolazione dell'inspirazione profonda con conseguente creazione di un elevata pressione intratoracica e successiva espirazione forzata a glottide chiusa									
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>3440 CURA DEL SITO DI INCISIONE:</b> Detersione, monitoraggio e facilitazione della guarigione di una ferita che sia stata chiusa mediante sutura clip o graffe									
1) Monitorare l'incisione per rilevare segni e sintomi di infezione									
Altro specificare: 2)									
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>3520 CURA DELLE ULCERE DA PRESSIONE:</b> favorire la guarigione delle ulcere da pressione									
1) descrivere e monitorare le caratteristiche delle lesioni a intervalli regolari									
2) Gestione delle udp come da protocollo aziendale vigente									
Altro specificare: 3)									
<b>NIC-ATTIVITA'</b>									
<input type="checkbox"/> <b>6540 CONTROLLO DELLE INFEZIONI:</b> ridurre al minimo l'acquisizione e trasmissione degli agenti infettivi									
1) Isolare le persone esposte a malattie contagiose									
2) Rispettare le precauzioni universali									
Altro specificare: 3)									

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