

# Documentazione Infermieristica Fase 2 e 3: Diagnosi Infermieristica e Pianificazione Interventi

Modello Teorico M. Gordon Tassonomie NNN

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_\_ I.T.A. \_\_\_\_\_

Data / Ora / Firma (Accettazione)	Data / Ora / Firma (Dimissione)	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE (NANDA) PER ASSISTITO CHIRURGICO 2015/2017	Parametri
		<input type="checkbox"/> <b>[00093] [FATIGUE]</b> , [Grande e opprimente senso di esaurimento e diminuita capacità di svolgere un lavoro fisico o mentale al livello consueto].	T° _____ FC _____ PA ____/____ mmHg SaO2 _____ Altro: _____

CARATTERISTICHE DEFINENTI	FATTORI CORRELATI
<input type="checkbox"/> Apatia <input checked="" type="checkbox"/> Aumento del bisogno di riposo <input checked="" type="checkbox"/> Aumento dei sintomi fisici <input type="checkbox"/> Avere sonno <input checked="" type="checkbox"/> Energie insufficienti <input type="checkbox"/> Stanchezza	<input checked="" type="checkbox"/> Ansia <input checked="" type="checkbox"/> Aumento dello sforzo fisico <input checked="" type="checkbox"/> Fattori di stress <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Malattia

RISULTATI NOC PER L'ASSISTITO	INDICATORI DI RISULTATO NOC			
	CODICI INDICATORI	VALUTAZIONE INIZIALE	VALUTAZIONE INTERMEDIA	VALUTAZIONE ALLA DIMISSIONE / FINALE
<input type="checkbox"/> <b>[000701] [Esaurimento fisico].</b>	<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>[0007] [Livello di fatigue]</b> , [Gravità della prolungata presenza di fatigue osservata o riferita].( 2013)	<input type="checkbox"/> <b>[000703] [Umore depresso].</b>	<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>VALORE INIZIALE</b> ▶▶▶ <input type="text"/> [Rilevato al ricovero]	<input type="checkbox"/> <b>[000714] [Livello di stress].</b>	<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>VALORE OBIETTIVO</b> ▶▶▶ <input type="text"/> da raggiungere entro: _____	<b>MEDIA PUNTEGGIO</b>	<b>DATA</b>	<b>DATA</b>	

Definizione scala	1 (0%)	2 (25%)	3 (50%)	4 (75%)	5 (100%)	INIZIALE	INTERMEDIA	FINALE / DIMISSIONE	FIRMA
	Grave	Sostanziale	Moderato	Lieve	Nessuno				

Nel caso di **risultato non raggiunto** specificare:  Dimissione con prestazioni – controlli /  Problemi di compliance /  Trasferito altro ospedale o setting /  Decesso /  Dimissione volontaria /  Ostacoli all'apprendimento /  Limitazioni fisiche /  Limiti relazionali con paziente e/o famiglia /  Altro (specificare): \_\_\_\_\_

# Documentazione Infermieristica Fase 2 e 3: Diagnosi Infermieristica e Pianificazione Interventi

Modello Teorico M. Gordon Tassonomie NNN

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_\_ I.T.A. \_\_\_\_\_

dal	al	<input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE - NIC
		<input type="checkbox"/> [0200] [Promozione dell'attività fisica], [Promozione di una regolare attività fisica per mantenere o migliorare la forma fisica e la salute], (2013).
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Analizzare cosa pensa la persona dell'attività fisica in relazione alla propria salute ].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Analizzare le sue precedenti esperienze di attività fisica].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Determinare il livello di motivazione della persona a iniziare/continuare un programma di attività fisica].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Verificare la presenza di ostacoli allo svolgimento di attività fisica].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Incoraggiare la persona a cominciare o continuare l'attività fisica].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Aiutare la persona a sviluppare un programma di attività fisica idoneo a soddisfare il bisogno].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b> [Effettuare gli esercizi fisici insieme alla persona se appropriato].
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b>
		<input type="checkbox"/> <b>P M N</b>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

FIRMA ITA \_\_\_\_\_