|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | LOGOASLAT_intestazione | Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie  ***Corso di Laurea in Infermieristica***  Sede di Asti | Università degli Studi di Torino  Facoltà di Medicina e Chirurgia | |
|  |  |

|  |
| --- |
| **[PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE CON METODO NANDA]** |
|  |

**STUDENTE** ……………………………………………………………………………………………………………………..

**REPARTO** ……………………………………………………………………………………………………………………….

**TUTOR CLINICO** ……………………………………………………………………………………………………………..

**TUTOR DI SEDE** ………………………………………………………………………………………………………………

**DESCRIZIONE CASO CLINICO**

**SCHEDA ACCERTAMENTO INIZIALE NANDA**

|  |
| --- |
| **ANAGRAFICA** |
| NOME ……………………………………………………………………. COGNOME…………………………………………………………………  Età ……………………….. Reparto ……………………………………………………………………………………………………………………….  Ricovero: ordinario urgenza trasferimento da altro reparto |

|  |
| --- |
| **ESAME OBIETTIVO** |
| Temperatura: Normale (36° - 37.5°) Ipertermia (37.6° - 40.9°) Iperpiressia (> 41°)  Ipotermia (<36°9)  Polso ………………….. Ritmico Aritmico  normofrequente (< 100 bpm) bradicardico ( < 60 bpm) tachicardico ( > 100 bpm)  Pressione arteriosa all’ingresso ………………………………………………….  Pressione normale: sistolica 101-139 mmHg – diastolica 80-89 mmHg  Ipertensione arteriosa (lieve): sistolica 140 – 159 mmHg – diastolica 90-99 mmHg  Ipertensione arteriosa (moderata): sistolica 160-179 mmHg – diastolica 100-109 mmHg  Ipertensione arteriosa (grave): sistolica > 180 mmHg – diastolica > 110 mmHg  Ipotensione arteriosa: sistolica < 100 mmHg  Diagnosi Medica Attuale ……..………………………………………………………………………………………………………………………..  Precedenti ricoveri ............. data ultimo …………….. Motivo ………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Altre problematiche cliniche …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Intervento chirurgico data…………………….. elezione urgenza  .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **APPARATO RESPIRATORIO/CIRCOLATORIO**  Frequenza respiratoria ……… Eupnea Bradipnea (inferiore 10/min) Superiore (superiore 16/min)  Dispnea Descrizione ………………………………………………………………………………………………………………………….  Saturazione ……………………………………..  Emottisi Emoftoe    Epistassi Epistassi in atto evidente e significativa  Ventilazione meccanica tipologia:………………………………………………………………………………………………………….….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Auscultazione:**  Lobo superiore destro: Nella norma Attenuato Assente Rumori respiratori ………………………  Lobo superiore sinistro: Nella norma Attenuato Assente Rumori respiratori ………………………  Lobo inferiore destro: Nella norma Attenuato Assente Rumori respiratori ………………………  Lobo inferiore sinistro: Nella norma Attenuato Assente Rumori respiratori ………………………  Tracheostomia Descrizione …………………………………………………………………………………………………………………………….  **Polsi periferici:**  Dorsale Piede Destro: presente assente  Dorsale Piede Sinistro: presente assente  **SISTEMA METABOLICO/TEGUMENTARIO**  Cute:  Colorito: Nella norma Pallore Cianosi Sede/Tipologia …………………………… Ittero  Altro ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Temperatura: Nella norma calda fredda  Turgore: Nella norma Scarso  Edemi: No Sì Descrizione/sede …………………………………………………………………………  Lesioni: No Sì  Descrizione/stadio/sede……………………….………………………………………………………………………………………………………  Valore scala di Braden……………………………………………… Giudizio di sintesi ………………………………………………………  Contusioni: No Sì Descrizione/sede ………………………………………………………………………………………………………  Arrossamenti: No Sì Descrizione/sede ………………………………………………………………………………………………….  Ferite: No Sì Descrizione/sede ………………………………………………………………………………………………………………  Cicatrici: No Sì Descrizione/sede …………………………………………………………………………………………………………..  Prurito: No Sì Descrizione/sede. ……………………………………………………………………………………………………………  Drenaggi: No Sì Descrizione/sede. ……………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Stato cutaneo sito inserzione/peristomale ……………………………………………………………………………………………………  Catetere venoso periferico: calibro ………………………………….. sede ……………………………………………………………….  calibro ………………………………….. sede ……………………………………………………………….  Catetere venoso centrale: lumi ………………………………….. calibro ……………………………………………………………….  lumi ………………………………….. calibro ……………………………………………………………….  Altro: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Cavo orale:  Gengive: Nella norma Lesioni/Anomalie …………………………………………………………………..……………………….  Denti: Dentizione conservata Dentizione parziale Dentizione assente  Addome: Trattabile Difeso  Suoni intestinali: Presenti Assenti  **SISTEMA NEURO/SENSORIALE**  Pupille: Isocoria Anisocoria  Reattività alla luce: sinistra sì no  destra sì no  Occhi: Normali Secrezioni Arrossamento Altro ………………………………………  **APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO**  Escursione articolare: Completa Altro ………………………………………………………………………………………  Equilibrio e andatura: Stabile Instabile Specificare …………………………………………….………………..  Presa delle mani: Uguale Forte Debole Paralisi Specificare ………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Arti inferiori: Uguali Forti Deboli Paralisi Specificare ………………………………………  ………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………  Ausilii: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERAPIA** | | | |
| **FARMACO** | **DOSE/DIE** | **INIZIO** | **FINE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1 - MODELLO MANTENIMENTO-PERCEZIONE DELLA SALUTE** |
| Prendersi cura della propria salute:  In grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: non necessita di interventi informativi e/o educativi  In grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: necessita di interventi informativi e/o educativi  Non in grado di gestire in autonomia il proprio progetto di salute: necessita che il caregiver o in usa assenza chi preposto si sostituisca nell’acquisire interventi informativi e/o educativi |
| Prendere decisioni relative al percorso diagnostico terapeutico assistenziale:  in grado di autodeterminarsi parzialmente in grado di autodeterminarsi  Non in grado di autodeterminarsi: necessita che il caregiver o in sua assenza chi preposto si sostituisca a lei per prendere decisioni |
| Aderenza / gestione al programma terapeutico/ assistenziale:  Persona assistita: sì no  Caregiver: sì no  Se negativo specificare difficoltà………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Consumo di:  Tabacco: No Ex fumatore data …………. Pipa Sigaro Sigaretta elettronica  < 1 pacchetto al giorno  1-2 pacchetti al giorno  > 2 pacchetti al giorno  Alcool: No Sì quantità die …………………………….  Sostanze stupefacenti: No Sì  Allergie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **2 - MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO** |
| Peso……………… Altezza …………….. BMI…………………… Glicemia …………………………………….  Obesità di III classe (gravissima) ≥ 40,00  Obesità di II classe (grave) 35,00 39,99  Obesità di I classe (moderata) 30,00 34,99  Sovrappeso 25,0 29,99  Regolare 18,50 24,99  Leggermente sottopeso 17,50 18,49  Visibilmente sottopeso 16 17,49  Grave magrezza (inedia) <16  Variazioni di peso negli ultimi sei mesi: ………………….kg aumento perdita  Pasti consumati a domicilio: colazione pranzo cena pasti intermedi n…………………………….. |
| Autonomia nell’alimentazione  Parzialmente autonoma necessita di aiuto in alcune operazioni (tagliare, sbucciare ecc…)  Non autonoma necessita di essere imboccata |
| Disfagia: No Si Solidi Liquidi |
| Dieta speciale/ supplementi …………………………………………………………………………………………………………………….   * Nutrizione enterale PEG Sondino nasogastrico ………………………… * Nutrizione parenterale totale * Digiuno terapeutico * Digiuno preoperatorio     Intolleranze alimentari  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Allergie alimentari  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Allattamento: sì no Criticità …………………………………………………………………………………………………………… |
| Protesi dentali: superiore Inferiore Completa  La persona ha la protesi con sé: sì no  Anamnesi dermatologica/problemi di guarigione:  No Guarigione Anormale Eruzione Secchezza Eccessiva sudorazione |

|  |
| --- |
| **3 - MODELLO DI ELIMINAZIONE** |
| Alvo: ………….. Evacuazioni/die Regolare (1 volta ogni 1/2 die)  Stipsi (non evacua da 3 die) Diarrea (3 scariche/die) Alvo chiuso a feci e gas  Rettoragia lieve/moderata Rettoraggia in atto evidente/ significativa Melena  Continente Incontinenza  Stomia Tipo…………………………………………. Gestione autonoma No  Ausili: Pannolone PadellaAltro ………………………………….. |
| Diuresi: Regolare (700-1200 cc/24 ore) Poliuria (> 3000 cc/24 ore)  Oliguria (<500 cc/24 ore) Anuria (<50 cc/24 ore)  Disuria Ematuria macroscopica Nicturia  Continente Incontinenza: Totale Parziale Notturna Diurna Da sforzo Urgenza Ritenzione urinaria Acuta Enuresi notturna pediatrica |
| Ausili: Catetere Vescicale tipo ……………………….. permanenza intermittenza  Urostomia Gestione autonoma No Protesi peniena  Pannolone Padella/Pappagallo Altro …………………………………………………. |
| Vomito: Assenza di emesi Emesi (1/2 episodi/die) Emesi (> episodi/die)  PONV  Caratteristiche/tipologia:  Vomito caffeano Ematemesi Biliare  preceduto da nausea a getto gravidico  Altro…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4 - MODELLO ATTIVITA’ ED ESERCIZIO FISICO** | | | | | | |
| Capacità cura di sé : 0 = indipendente; 1 = Ausili; 2 = Aiuto di altre persone; 3 = Altre persone più ausili; 4 = Dipendente | | | | | | |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mangiare/bere |  |  |  |  |  |  |
| Pulizie personali |  |  |  |  |  |  |
| Vestirsi/cura di sè |  |  |  |  |  |  |
| Eliminazione |  |  |  |  |  |  |
| Mobilità nel letto |  |  |  |  |  |  |
| Trasferimenti |  |  |  |  |  |  |
| deambulazione |  |  |  |  |  |  |
| Salire le scale |  |  |  |  |  |  |
| Fare la spesa |  |  |  |  |  |  |
| Cucinare |  |  |  |  |  |  |
| Cura della casa |  |  |  |  |  |  |
| Camminare e spostarsi:  Autonoma nell’alzarsi e spostarsi con o senza ausili (per esempio: bastone, stampelle, girello, carrozzina)  Parzialmente autonoma, necessita di sostegno nel camminare e spostarsi  Non autonoma, necessita di essere trasportata per camminare e spostarsi  Parametro camminare e spostarsi non valutabile in quanto persona assistita costretta a letto | | | | | | |
| Cambio posizione a letto:  Autonomia nell’assumere posizioni a letto e girarsi da un lato all’altro  Parzialmente autonoma, in alcune occasioni ha bisogno di aiuto nell’assumere posizioni nel letto e girarsi da un lato all’altro  Non autonoma, ha sempre bisogno di aiuto per assumere posizioni nel letto e girarsi da un lato all’altro | | | | | | |
| Trasferimento dal – al letto:  autonoma nell’alzarsi e sdraiarsi a letto e nei trasferimenti letto-sedia  parzialmente autonoma, ha bisogno di sostegno nell’alzarsi e sdraiarsi a letto e nei trasferimenti letto-sedia  parzialmente autonoma, ha bisogno di essere mobilizzata nell’alzarsi e sdraiarsi a letto e nei trasferimenti letto-sedia  Costretta a letto  Valore Scala Conley …………………………………………………………………………........................................................ | | | | | | |

|  |
| --- |
| **5 - MODELLO DI SONNO/RIPOSO** |
| A domicilio:  Abitudini (posizione, cuscini, luce):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Ore ………….. Riposo postprandiale ………………………………  Si sente riposato dopo il sonno: Si No  Problemi: No Risveglio notturno Insonnia Incubi  Durante ricovero:  Riposa e dorme la notte  difficoltà ad addormentarsi e/o sonno interrotto e/o risveglio precoce  non riposa e non dorme tutta la notte  funzione del sonno valutabile in quanto persona assistita non responsiva |
| **6 – MODELLO COGNITIVO PERCETTIVO** |
| Stato di coscienza : Vigile Soporosa Non Responsiva  Orientamento: Orientata Disorientata Confusa non responsiva  Linguaggio: Normale Afasia recettiva Afasia espressiva  Lingua parlata: Italiano Altro …………………………………………  Capacità di leggere l’italiano: Sì No  Capacità di comprendere l’italiano: Sì No  Capacità di comunicare in italiano: Sì No Necessita di mediazione culturale  Capacità d’interazione: Appropriata Altro……..…………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **6 – MODELLO COGNITIVO PERCETTIVO – 10 COPING TOLLERANZA ALLO STRESS** |
| * Udito: Nei limiti della norma   Ipoacusia Destro Sinistro  Sordità Destro Sinistro  Apparecchio Acustico Acufeni   * Vista: Nei limiti della norma   Alterata ………………………………………………………………………………….. (Destro ……………. Sinistro …………)  Cecità (Destro ……………. Sinistro …………)  Cataratta (Destro ……………. Sinistro …………)  Glaucoma (Destro ……………. Sinistro …………)  Protesi oculare (Destro ……………. Sinistro …………)  Vertigini   * Dolore/Malessere   Descrizione (sede, motivazione dichiarata o apparente)  ……**…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**   * Acuto   VAS ……………………………………….   * No (Vas 0) * Lieve (Vas 1-2) * Moderato (3-5) * Intenso (6-8) * Molto intenso (9-10) * Cronico   Gestione del dolore: Posizione antalgica sistemi di autorilassamento  Terapia Farmacologica elastomero con PCA elastomero senza PCA  catetere peridurale |

|  |
| --- |
| **7 – MODELLO DI PERCEZIONE DI SE’** |
| Livello di ansia: Assenza d’ansia Ansia Moderata/preoccupazione Ansia marcata/agitazione Ansia severa/paura non responsiva  Scala Valutazione (………………) …………………………………………………………………………………………………….. |
| Principali preoccupazioni sull’ospedalizzazione e/o la malattia **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| Perdite/cambiamenti importanti nell’ultimo anno   * No * Si   **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….** |
| Paura di violenza:   * No * Sì Da parte di chi …………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Visione del futuro 1 (scarsa) a 10 (Molto ottimistica) ……………………………………………………………………………….. |
| Immagine corporea (se alterata)…………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **8 – MODELLO DI RUOLO - RELAZIONI** |
| **Condizione lavorativa:**  occupato/a disoccupato/a pensionato/a Invalidità  **Sistema di supporto:** Coniuge Altri famigliari ……………………………………………………………………………………  Altro ……………………………………………………………………………………………………………………….  Nessuno  **Condizione abitativa:** Vive in famiglia vive solo/a Abitazione tipo…………………………………………………………  **Note sul caregiver (presenza, ostacolante o facilitatore)**…………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **9 – MODELLO SESSUALITA’ E RIPRODUZIONE** |
| Ultima mestruazione ……………………………. Problemi mestruali ……………………………………………………..  Gravidanza/e Figli ……… Aborti …………….  Autoesame mensile del seno/testicoli Si No  Preoccupazioni sessuali correlate alla malattia ……………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  metrorragia lieve/moderata metrorragia in atto evidente e significativa |
| **11 – MODELLO VALORI CONVINZIONI** |
| Religione ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Necessità/Richieste della persona ……………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **PIANO DIMISSIONE** |
| vive da solo vive con …………………………………………………………………………………..  Destinazione post- dimissione: domicilio struttura riabilitativa casa di riposo    Hospice CAVS  Valutazione geriatrica: Sì No  Altro ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Richiesta assistenza domiciliare: Sì No Richiesto servizio sociale: Sì No  Richiesti ausili post-dimissione: Sì No  Trasporto post-dimissione: mezzo proprio ambulanza |

**GRIGLIE RAGIONAMENTO DIAGNOSTICO**

**TAB. N. 1: GUIDA ALLA RACCOLTA DEI DATI UTILI PER L’ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE DEL CONTESTO** | **INDIVIDUARE LA FONTE / TIPOLOGIA** |
| **DATO CONTESTO** |  |  |
| **DATI DELLA PERSONA** |  |  |

**TAB. N. 1: GUIDA ALLA RACCOLTA DEI DATI UTILI PER L’ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE DEL CONTESTO** | **INDIVIDUARE LA FONTE / TIPOLOGIA** |
| **DATI SALUTE MALATTIA** |  |  |

**TAB. N.2: GUIDA ALLA IDENTIFICAZIONE DEI DATI RILEVANTI PER L’ INDIVIDUAZIONE DELLE ALTERAZIONI DEI MODELLI FUNZIONALI (M. GORDON) DI RIFERIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATO** | **RIFERIMENTO AL MODELLO FUNZIONALE** | **CORRELAZIONE CON ALTRI DATI (INFERENZE)** | **POSSIBILI ELEMENTI PER LA VALIDAZIONE DEI DATI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TAB. N.3: GUIDA ALLA FORMULAZIONE DELLE IPOTESI DIAGNOSTICHE**

|  |  |
| --- | --- |
| **IPOTESI DIAGNOSTICA** | **SUPPORTATA DA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SCHEDA DI PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE**

**SCHEDA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSI**  **INFERMIERISTICA** | ………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| **OBIETTIVO** | PIANIFICAZIONE  INTERVENTO | DESCRIZIONE  ATTUAZIONE | VALUTAZIONE  INTERVENTO | DATA e  FIRMA |
| ……………………...........  ……………………………...  ……………………………... | ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ………………………………....................... | ………………………………………………...  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ……………………………………………….. | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |
| ……………………………  ………………………………  ……………………………… | ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………... | ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………...  ………………………………………………... | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSI**  **INFERMIERISTICA** | ………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| **OBIETTIVO** | PIANIFICAZIONE  INTERVENTO | DESCRIZIONE  ATTUAZIONE | VALUTAZIONE  INTERVENTO | DATA e  FIRMA |
| ……………………...........  ……………………………...  ……………………………... | ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ………………………………....................... | ………………………………………………...  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ……………………………………………….. | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |
| ……………………………  ………………………………  ……………………………… | ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………... | ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………...  ………………………………………………... | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSI**  **INFERMIERISTICA** | ………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| **OBIETTIVO** | PIANIFICAZIONE  INTERVENTO | DESCRIZIONE  ATTUAZIONE | VALUTAZIONE  INTERVENTO | DATA e  FIRMA |
| ……………………...........  ……………………………...  ……………………………... | ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ……………………………….......................  ……………………………………………  ………………………………....................... | ………………………………………………...  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ……………………………………………….. | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |
| ……………………………  ………………………………  ……………………………… | ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………...  ……………………………………………  ……………………………………………... | ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………..  ………………………………………………...  ………………………………………………... | ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ……………………………….  ………………………………. |  |