

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Tensione nel ruolo di caregiver

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		Data.....			Data.....			Data.....			Data.....		
						M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
						Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
<input type="checkbox"/>	Esigenza di un'assistenza continua e complessa secondaria a patologia	<input type="checkbox"/>	Il caregiver identificherà una fonte di sostegno entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Complessità dell'attività assistenziale	<input type="checkbox"/>	Il caregiver identificherà i cambiamenti che miglioreranno la sua vita quotidiana entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Responsabilità assistenziali nell'arco delle 24 ore	<input type="checkbox"/>	Il caregiver dimostra la capacità di prendersi cura dell'assistito	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Salute fisica o psichica compromessa del caregiver	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Assenza o non disponibilità di sostegno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Risorse insufficienti	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Aspettative non realistiche nei confronti del caregiver	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													

Indicatori

Il caregiver dimostra la capacità di prendersi cura dell'assistito : SI NO

Note / Osservazioni