

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Confusione mentale

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		Data.....			Data.....			Data.....			Data.....		
						M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
						Firma	Firma	Firma									
<input type="checkbox"/>	Ipossia cerebrale acuta o a disturbi acuti del metabolismo cerebrale secondari a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà meno episodi di confusione mentale acuta entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Disturbo del metabolismo cerebrale secondario a intervento chirurgico o agli effetti collaterali di farmaci	<input type="checkbox"/>	La persona si presenterà orientata nel tempo e nello spazio entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Disturbo del metabolismo cerebrale secondario a astinenza da alcol	<input type="checkbox"/>	La persona non presenterà complicanze derivanti dalla confusione mentale durante la degenza. (contenzione)	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Intossicazioni chimiche (alcol, sostanze stupefacenti)	<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"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													

Indicatori

E' orientato nel tempo e nello spazio: Si No

Necessità di contenzione fisica: Si No

Note / Osservazioni