

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - SINDROME deficit nella cura di sé

(alimentazione, vestirsi, igiene, uso dei servizi igienici)

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"/>	Mancanza di coordinazione motoria secondaria a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà buona cura di sé durante la degenza	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Spasticità o flaccidità secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona dimostrerà un aumento della capacità (specificare criterio) di alimentarsi, vestirsi, igiene personale e uso dei servizi igienici entro.....	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Paralisi o ipostenia secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona dimostrerà la capacità di alimentarsi, vestirsi, igiene e uso dei servizi igienici con l'aiuto degli ausili entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Arti non funzionanti o mancanti	<input type="checkbox"/>	La persona sarà in grado di soddisfare la cura di sé autonomamente entro la dimissione	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Dispositivi esterni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Affaticamento e dolore post-operatori	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Deficit cognitivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Dolore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Scarsa motivazione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Diminuita capacità motoria e visiva secondaria a invecchiamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													

Indicatori

E' in grado di:

- mangiare e bere autonomamente: Si No
- utilizzare i servizi igienici autonomamente: Si No
- eseguire l'igiene personale: Si No
- curare il proprio aspetto: Si No

Note / Osservazioni