

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Diarrea**

Data.....			Data.....			Data.....			Data.....			Data.....		
M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi	
<input type="checkbox"/>	Malassorbimento o irritazione intestinale secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà una riduzione degli episodi di diarrea entro.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Infezione	<input type="checkbox"/>	La persona evacuerà feci morbide e formate entro.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Eccessiva presenza di liquidi nelle feci secondaria a disfunzione epatica	<input type="checkbox"/>	La persona non presenterà le complicanze correlate alla diarrea durante la degenza	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Aumento della peristalsi secondario ad aumento del metabolismo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Effetti collaterali di farmaci	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Malassorbimento o irritazione intestinale secondario a intervento chirurgico sull'intestino	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Stress o ansia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cibi irritanti per la mucosa enterica	<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**

Numero di evacuazioni inferiori a 3 volte al giorno  SI  NO

Feci formate  SI  NO

Bilancio idrico in equilibrio  SI  NO

**Note / Osservazioni**