Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Disturbo del sonno

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		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
☐	Risvegli frequenti secondario a patologia	☐	La persona riferirà soddisfazione del modello di sonno entro …….	☐																
☐	Difficoltà ad assumere la posizione abituale	☐	La persona identificherà le strategie per favorire il sonno entro…….	☐																
☐	Iperattività secondario a Disturbo bipolare	☐	La persona riferirà un equilibro ottimale tra attività e riposo entro …….	☐																
☐	Depressione / ansia	☐		☐																
☐	Dolore	☐		☐																
☐	Modifiche ambientali (ricovero)	☐		☐																
☐	Sonno	☐		☐																
☐	Variazioni del ritmo circadiano	☐		☐																
☐	Inadeguata attività fisica durante il giorno	☐		☐																
☐		☐		☐																
☐		☐		☐																
☐		☐		☐																
Indicatori																				
la durata del sonno è aumentata (specificare ore..): ☐ SI ☐ NO																				
la persona riferisce le strategie per favorire il sonno: ☐ SI ☐ NO se sì specificare strategie…….....																				

Note / Osservazioni

Legenda: Scale
Protocollo Procedura - Istr. Operativa