

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Dolore acuto

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"/> Trauma tissutale e contrazioni muscolari riflesse secondario a: <input type="checkbox"/> disturbi muscoloscheletrici <input type="checkbox"/> disturbi viscerali <input type="checkbox"/> disturbi vascolari	<input type="checkbox"/> La persona riferirà una riduzione dell'intensità del dolore entro.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infiammazione o lesione di.....	<input type="checkbox"/> La persona presenterà una riduzione delle manifestazioni del dolore entro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Effetti di un tumore	<input type="checkbox"/> La persona riferirà sollievo dal dolore secondo la scala NRS entro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolori addominali, diarrea e vomito secondario a patologia gastroenterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trauma tissutale e contrazioni muscolari riflesse secondario a intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immobilità o punti di pressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Contrazioni uterine durante il travaglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trauma perineale durante il travaglio e il parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Involuzione uterina e ingorgo mammario	<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

Riduzione del dolore (valore scala NRS inferiore a 4): SI NO

Note / Osservazioni