

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Eliminazione urinaria compromessa

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi	
<input type="checkbox"/>	Diminuita capacità vescicale o a irritazione vescicale secondarie a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà una riduzione degli episodi di incontinenza urinaria entro.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Riduzione dei segnali vescicali o a compromessa capacità di riconoscerli secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona non presenterà episodi di incontinenza urinaria entro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Compromissione sensomotora	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà una minzione volontaria entro.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Effetti dell'intervento chirurgico sullo sfintere vescicale	<input type="checkbox"/>	La persona non presenterà le complicanze correlate alla compromissione dell'eliminazione urinaria durante la degenza	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Riduzione del tono muscolare secondario agli effetti di farmaci	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ipostenia pelvica secondaria a: parto, obesità o invecchiamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diminuita attenzione ai segnali vescicali secondaria a delirio o confusione mentale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Barriere ambientali all'accesso al bagno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Incapacità di arrivare in tempo al bagno secondaria a compromissione della mobilità	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Alta pressione intra-addominale e debolezza pelvica secondario a gravidanza	<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"/>	

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

Indicatori

Avverte lo stimolo di svuotare la vescica : SI NO

Episodi di incontinenza urinaria: SI NO n. _____

Note / Osservazioni