

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Fatigue

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"/>	Aumento del metabolismo secondario a febbre o gravidanza	<input type="checkbox"/>	La persona definirà le priorità per lo svolgimento delle attività quotidiane entro.....	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Inadeguata ossigenazione tissutale secondaria a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona parteciperà alle attività che stimolano la dimensione fisica, cognitiva ed emotiva e sociale entro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Alterazioni biochimiche secondarie a malattie endocrine metaboliche o malattie croniche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Aumento del metabolismo, competizione tra organismo e neoplasia per i nutrienti, anemia e fattori di stress associati al tumore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Malnutrizione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Deficit nutrizionali o alterazioni del metabolismo dei nutrienti secondaria a: nausea, vomito o diarrea; effetti collaterali di farmaci; intervento chirurgico allo stomaco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Lesione dei tessuti secondaria a intervento chirurgico e anestesia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prolungata riduzione dell'attività fisica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ipostenia secondaria a patologia	<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

E' in grado di gestire lo sforzo correlato alle attività di vita quotidiana: SI NO

Note / Osservazioni