

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Integrità tissutale compromessa

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													
<input type="checkbox"/>	Inflammatione delle giunzioni dermo-epidermiche secondarie a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà una guarigione delle lesioni entro.....	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Diminuito apporto di sangue e nutrienti ai tessuti secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà un miglioramento (specificare criterio) della lesione entro.....	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Diminuito apporto di sangue e nutrienti ai tessuti secondario a: <input type="checkbox"/> digiuno <input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Immobilità secondario a sedazione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Fattori meccanici o effetti della pressione secondario a dispositivi esterni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Compromissione della mobilità secondario a: <input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/> scarsa motivazione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	Cute fragile e diminuita vascolarizzazione secondario a invecchiamento	<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																								
Guarigione della/e lesione/i : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
Se NO specificare:																								
Note / Osservazioni																								