

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Mobilità compromessa

(Mobilità compromessa nel letto, deambulazione compromessa, mobilità compromessa con la sedia a rotelle, capacità di trasferimento compromessa)

Programma riabilitativo si no

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		Data.....			Data.....			Data.....			Data.....		
						M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
						Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
<input type="checkbox"/>	Riduzione della forza e resistenza fisica secondaria alla patologia	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà un aumento nella mobilità (specificare criterio) entro.....	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Rigidità delle articolazioni o contratture secondario a patologia	<input type="checkbox"/>	La persona utilizzerà correttamente gli ausili per la mobilità entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Dispositivi esterni	<input type="checkbox"/>	La persona aumenterà la distanza da percorrere (specificare criterio) entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Insufficiente forza muscolare e resistenza per mobilità mediante ausilio	<input type="checkbox"/>	La persona riferirà un aumento della forza e della resistenza muscolare entro	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Dolore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Mancanza di motivazione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Compromissione cognitiva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Obesità	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Edemi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	Riduzione della forza e della massa muscolare secondario a invecchiamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													

Indicatori

Aumento della capacità di muoversi in modo autonomo: Si No

Utilizza gli ausili in modo appropriato : Si No

Note / Osservazioni