

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Paura

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"/>	Percezione degli effetti immediati e a lungo termine di: <input type="checkbox"/> Compromissione cognitiva <input type="checkbox"/> Malattia invalidante <input type="checkbox"/> Perdita di una funzione o una parte del corpo <input type="checkbox"/> Malattia terminale	<input type="checkbox"/>	La persona riferirà benessere psichico e fisico entro.....	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	Perdita di controllo e imprevedibilità dei risultati secondario a: <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> procedure invasive <input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	La persona presenterà una riduzione delle risposte viscerali di paura entro	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	Perdita di controllo e imprevedibilità dei risultati secondario a: <input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> mancanza di conoscenze	<input type="checkbox"/>	La persona identificherà le risposte di coping efficaci entro	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	La persona controlla l'apprensione tramite l'uso di strategie	<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

Controlla l'apprensione (es. usa strategie per adattarsi all'evento stressante): Si No

Note / Osservazioni