

| | | |
|---|-------------------|---------|
|  | Cognome | Barcode |
| | Nome | |
| | Data di nascita | |
| | N° CCI/Nosologico | |

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Stipsi

| 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"/> | Alterazioni della stimolazione nervosa, ipostenia pelvica e immobilità secondarie a patologia | <input type="checkbox"/> | La persona riferirà di evacuare feci morbide e formate ogni 2 o 3 giorni durante la degenza | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Diminuita risposta al bisogno di defecare secondaria a disturbi dell'umore | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Dolore durante la defecazione | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Diminuita peristalsi secondaria a ipoossia (cardiaca o polmonare) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Effetti collaterali di farmaci | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Effetti dell'anestesia e della manipolazione chirurgica sulla peristalsi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Uso abituale di lassativi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Diminuita peristalsi secondaria immobilità, scarsa attività o gravidanza | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Incapacità di percepire i segnali intestinali | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Modello di evacuazione irregolare | <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

Numero di evacuazioni uguale o superiore a 3/settimana : SI NO

Note / Osservazioni