

PLAISIR
PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
Formulaire de Relevé des Actions Nursing (FRAN)
EROS
Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

A. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Azienda sanitaria locale _____

Distretto _____

Programma _____

Reparto _____

Numero progressivo del paziente _____

Compilatore _____

CODICE FISCALE

CODICE SANITARIO

Data dell'osservazione: GG MESE ANNO

Periodo di osservazione: N° giorni _____ /settimana

Sesso: ☐ 1. Femmina ☐ 2. Maschio

Data di ammissione: GG MESE ANNO

B. TERAPIA RIABILITATIVA (trattamenti ricevuti)

Indicare il numero di minuti di trattamento ricevuti alla settimana per ciascuna terapia e il numero dei giorni di terapia alla settimana.

	Numero Min./settimana	Numero Giorni/settimana
Fisioterapia		
Logoterapia		

C ATTIVITA' INFERMIERISTICA DI TIPO RIABILITATIVO (prestazioni ricevute)

1. ☐ no 2. ☐ si

Se si, indicare il numero di giorni/settimana

- Rieducazione per mangiare/deglutire ☐
- Rieducazione nelle attività di "toiletta" ☐
- Rieducazione nel vestirsi/igiene personale ☐
- Rieducazione nella deambulazione/mobilità nel letto ☐
- Rieducazione nelle attività di trasferimento ☐

Riabilitazione psichiatrica

1. ☐ no 2. ☐ si

D. TERAPIE SPECIFICHE RICEVUTE

1. ☐ no 2. ☐ si

Segnalare se il trattamento è stato effettuato all'interno dell'istituzione (IN) o presso una struttura diversa (OUT).

- | | 1. IN. | 2. OUT. |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Chemioterapia | ☐ | ☐ |
| 2. Terapia radiante | ☐ | ☐ |
| 3. Terapia inalatoria | ☐ | ☐ |
| 4. Dialisi | ☐ | ☐ |
| 5. Trasfusioni | ☐ | ☐ |
| 6. Alimentazione parenterale | ☐ | ☐ |
| 7. Ulcere da stasi | ☐ | ☐ |
| 8. Ulcere da pressione (I e II stadio) | ☐ | ☐ |
| 9. Ulcere da pressione (III e IV stadio) | ☐ | ☐ |
| 10. Cura dei piedi | ☐ | ☐ |

I.P. Podologo

E. VISITE MEDICHE

Numero delle visite mediche ricevute
 abitualmente _____/mese

F. DIAGNOSI / STATO DI SALUTE

Cerchiare il numero corrispondente alle malattie in atto:

- 7843. Afasia
- 7801. Allucinazioni
- 7159. Artrosi
- 4969. BPCO
- 3669. Cataratta
- 2900. Demenza
- 3119. Depressione
- 2500. Diabete mellito
- 2765. Disidratazione
- 3429. Emiplegia
- 4590. Emorragia interna
- 3459. Epilessia
- 4389. Esiti di ictus cerebrale
- 7806. Febbre
- 3439. Ictus cerebrale
- 5990. Infezioni urinarie
- 4019. Ipertensione
- 3310. Malattia di Alzheimer
- 3320. Morbo di Parkinson
- 7330. Osteoporosi
- 7832. Perdita di peso
- 4869. Polmonite
- 3409. Sclerosi multipla
- 4289. Scompenso cardiaco
- 0389. Setticemia
- 3109. Sindrome cerebrale organica
- 3440. Tetraplegia
- 4140. Vasculopatia arteriosclerotica
- 7870. Vomito

Altre diagnosi:

G. MOBILITA'

1. **Completa** mobilità (andare al punto I)
2. **Limitazioni** transitorie della mobilità
3. Mobilità **rallentata**
4. Mobilità **ridotta**
5. Mobilità limitata al **quartiere**
6. Mobilità limitata all'**istituzione**
7. Mobilità limitata al **piano**
8. Mobilità limitata alla **stanza**
9. **Totale** perdita di mobilità

H. FATTORE(I) DETERMINANTE(I) LA RIDUZIONE O LA PERDITA DELLA MOBILITA'

Problemi del paziente

1. Cecità
2. Obesità
3. Disturbi dell'equilibrio
4. Astenia (debolezza), fragilità
5. Problemi psicologici
6. Problemi psichiatrici
7. Insufficienza coronarica
8. Problemi respiratori
9. Convalescenza
10. Amputazione
11. Deficit muscoloscheletrici
12. Malattia terminale
13. Altro:

Problemi inerenti la struttura

14. Regolamento
15. Barriera(e) architettonica(che)
16. Altro:

I. RIDUZIONE O PERDITA DELLA CAPACITA' DI UTILIZZARE UNO O PIU' ARTI

☐ Si - completare quanto segue ☐ No - passare al punto I.1

Tipo di invalidità	Limitazione funzionale			Perdita di mobilità			Amputazione		
Localizzazione	Sn	Dx	Dx + Sn	Sn	Dx	Dx + Sn	Sn	Dx	Dx + Sn
Mano(i)	01	02	03	01	02	03	01	02	03
Braccio(a)	04	05	06	04	05	06	04	05	06
Anca(che)	07	08	09	07	08	09	07	08	09
Gamba(e)	10	11	12	10	11	12	10	11	12
Piede(i)	13	14	15	13	14	15	13	14	15
Emisoma	16	17		16	17				
Area cervicale	18			18					
Colonna	19			19					
Generale	20			20					

I.1 Rischio di caduta ☐ 1. no ☐ 2. si

I.2 In caso di amputazione ☐ 1. con medicazione ☐ 2. senza medicazione

J. AUSILI MECCANICI

1. Nessuno
2. Bastone
3. Girello o roller
4. Tripode o quadripode
5. Corrimano e mobili
6. Ortesi (tutori, busto, ...)
7. Protesi (gambe artificiali, ...)
8. Sedia a rotelle (uso autonomo)
9. Sedia a rotelle (uso non autonomo)
10. Sedia a rotelle motorizzata
11. Poltrona geriatrica
12. Solleva - persone
13. Altro: _____

K. INDIPENDENZA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

1. Indipendenza
2. Indipendenza con l'utilizzo di ausili meccanici
3. Indipendenza con accorgimenti/modifiche ambientali
4. Dipendenza in certe situazioni
5. Dipendenza ad intervalli lunghi (interventi ≤ 1 volta/24 ore)
6. Dipendenza più di una volta/24 ore ad orari prevedibile
7. Dipendenza a intervalli brevi imprevedibili - disponibilità assistenziale (quasi) permanente
8. Dipendenza per la maggior parte delle necessità
9. Dipendenza per la totalità della necessità

L. CAPACITA' OCCUPAZIONALE

1. Appropriata attività occupazionale
2. Saltuariamente non in grado di svolgere le sue attività occupazionali
3. Ridotta attività occupazionale (intesa come ristretto ambito di attività)
4. Attività occupazionale possibile se **dattata**
5. **Ridotta** attività occupazionale (tempo dedicato)
6. **Ridotta** attività occupazionale (campo)
7. **Ridotta** attività occupazionale (tempo dedicato e campo)
8. Nessuna attività occupazionale
9. Inappropriata attività

M. PROTEZIONE

☐ No: passare a N ☐ Si: completare	R	Q	S
1. Letto con sponde laterali	☐	☐	☐
2. Tavolino per poltrona geriatrica	☐	☐	☐
3. Tavolino per sedia a rotelle	☐	☐	☐
4. Cinghia pettorale	☐	☐	☐
5. Cinghia(e) da polso	☐	☐	☐
6. Cinghia(e) per caviglie	☐	☐	☐
7. Cintura addominale	☐	☐	☐
8. Camice, tuta	☐	☐	☐
9. Grembiule anti-incendio	☐	☐	☐
10. Psicofarmaci	☐	☐	☐
11. Porta da scuderia	☐	☐	☐
12. Camera di isolamento	☐	☐	☐
13. Reparto chiuso a chiave	☐	☐	☐

N. CONTATTI CON L'ESTERNO

Numero di contatti all'anno (telefonate fatte e/o ricevute, visite, lettere):

_____/anno

O. INTEGRAZIONE SOCIALE

1. Socialmente ben integrato
2. Socializzazione inibita (vergogne, timidezza)
3. Socializzazione limitata (tipo di attività sociali)
4. Socializzazione diminuita (solo rapporti primari e secondari)
5. Impoverimento della capacità di socializzazione (difficoltà nei rapporti secondari)
6. Socializzazione ridotta (restano soltanto rapporti primari)
7. Socializzazione disturbata (difficoltà nei rapporti primari)
8. Alienati (coinvolgimento impossibile)
9. Isolamento sociale (nessun coinvolgimento)

P. FUNZIONI PSICOLOGICHE E SENSORIALI

	Nessuna compromissione	Grado di compromissione Deficit lieve	Deficit moderato	Deficit severo/totale
Memoria a breve termine	☐	☐	☐	☐
Memoria a lungo termine	☐	☐	☐	☐
Capacità di pensiero	☐	☐	☐	☐
Percezione e attenzione	☐	☐	☐	☐
Consapevolezza e livello di coscienza	☐	☐	☐	☐
Orientamento: tempo/persona/luogo	☐	☐	☐	☐
Capacità decisionale	☐	☐	☐	☐
Pulsioni	☐	☐	☐	☐
Volontà e motivazione	☐	☐	☐	☐
Emozioni, sentimenti, umore	☐	☐	☐	☐
Comportamento	☐	☐	☐	☐
Linguaggio	☐	☐	☐	☐
Vista	☐	☐	☐	☐
Udito	☐	☐	☐	☐
Farsi comprendere	☐	☐	☐	☐
Comprendere gli altri	☐	☐	☐	☐

Q. PROBLEMI PSICOLOGICI

Identificare i problemi corretti (C) e non corretti (NC):

	C	NC		C	NC
1. Aggressività fisica	☐	☐	8. Espressioni di afflizione	☐	☐
2. Aggressività verbale	☐	☐	9. Ripiegamento su se stesso	☐	☐
3. Disturbare gli altri	☐	☐	10. Pensieri di suicidio	☐	☐
4. Agitazione	☐	☐	11. Pensieri di morte	☐	☐
5. Vagabondaggio	☐	☐	12. Precoce risveglio al mattino	☐	☐
6. Stato d'ansia persistente	☐	☐	13. Ipersonnia (sveglia meno di 7 ore/die)	☐	☐
7. Melanconia	☐	☐			

R. ORIENTAMENTO (interazione con l'ambiente)

1. Completamente orientato
2. Difficoltà d'orientamento adeguatamente compensata
3. Saltuari episodi di disorientamento
4. Disorientamento parzialmente compensato
5. Disorientamento di grado moderato
6. Disorientamento severo
7. Mancanza di orientamento
8. Disorientamento
9. Coma, stato vegetativo persistente

RESPIRAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0010	UMIDIFICAZIONE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
0020	EXERCIZI RESPIRATORI																										
		SPIROMETRIA	1	L m M G V S D																							
		Cerchiare	1	L m M G V S D																							
		W - presenza costante 1. no 2. si	1	L m M G V S D																							
0030	ESERCI PER ESPETTORARE																										
		Cerchiare	1	L m M G V S D																							
		W - presenza costante 1. no 2. si	1	L m M G V S D																							
0040	GINNASTICA RESPIRATORIA																										
		CLAPPING	3	L m M G V S D																							
			3	L m M G V S D																							
0050	DRENAGGIO POSTURALE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
0060	VIBRO-MASSAGIO	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
0070	AEROSOL TERAPIA	1	L m M G V S D																								
		Cerchiare	1	L m M G V S D																							
		W- presenza costante 1. no 2. si	1	L m M G V S D																							

RESPIRAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0080	ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI - ORALE																										
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
0090	- NASALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
0100	- TRACHEALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
	OSSIGENO O ₂ per occhialini, maschera, tenda																										
0110	$\frac{1}{X}$ $\frac{1}{Z}$	I	1 3	L m M G V S D																							
F		1 3	L m M G V S D																								
0110	$\frac{2}{Z}$																										
0120	ASSISTENZA AL TRACHEOSTOMIZZATO			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
0130	- INSTILLAZIONE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
0140	- CUFF: insufflare, desufflare	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
ALTRI : _____																											

ALIMENTAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1040	PASTI																										
	W - Presenza costante individuale 1. no 2. si																										
	COLAZIONE	1 2 3	L m M G V S D																								
1050	PRANZO	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
	CENA	1 2 3	L m M G V S D																								
1060		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
	SPUNTINI	1 2 3	L m M G V S D																								
1070		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
	IDRATAZIONE	1 3	L m M G V S D																								
1080		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
	COMPLETARE IL MENU'	1 3	L m M G V S D																								
1090				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1100	NUTRIZIONE PARENTE- RALE CONTINUA X = 1 con pompa X = 2 senza pompa																										
1110	1/2 Inizio	I	3 L m M G V S D																								
	2/2 Fine	F	3 L m M G V S D																								
1110	NUTRIZIONE PARENTE- RALE INTERMITTENTE (goccia a goccia o tramite siringa) W - presenza costante 1. no 2. si		3 L m M G V S D																								
	ALTRI:																										

ELIMINAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2030	SVUOTAMENTO VESCICALE E COLICO PER VIA NATURALE Z = N° di operatori PAPPAGALLO (ORINATOIO)																										
		1 2 3	L m M G V S D	F=								F=								F=							
		1 2 3	L m M G V S D																								
2040	PADELLA																										
		1 2 3	L m M G V S D	F=								F=								F=							
		1 2 3	L m M G V S D																								
2050	STANZA DA BAGNO O COMODA <i>Cerchiare</i> W - presenza costante 1. no 2. si																										
		1 2 3	L m M G V S D	F=								F=								F=							
		1 2 3	L m M G V S D																								
2060	ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INCONTINENZA URINA- RIA (pannoloni, pezze)																										
		1 2 3	L m M G V S D	F=								F=								F=							
		1 2 3	L m M G V S D																								
2070	ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INCONTINENZA FECALE																										
		1 3	L m M G V S D	F=								F=								F=							
		1 3	L m M G V S D																								
2090	UROCONTROL																										
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
2100	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VESCICALE																										
		1 2 3	L m M G V S D																								

ELIMINAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2110	ASSISTENZA AL PAZIENTE CON CATETERE URINARIO	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
2120	DRENAGGIO DELLA SACCA	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
2130	IRRIGAZIONE VESCICALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
2140	IRRIGAZIONE VESCICALE CONTINUA																										
2150	$\frac{1}{Z}$ Inizio	I 1 3	L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine	F 1 3	L m M G V S D																								
	INSTILLAZIONE VESCICALE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
2160	POSIZIONAMENTO DI SONDA RETTALE	1 3	L m M G V S D	F=																							
		1 3	L m M G V S D																								
2170	FECALOMA	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
2180	IRRIGAZIONE RETTALE Y = 1 : da 0 a 500 cc Y = 2 : più di 501 cc	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
2190	ESAME RETTALE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
2200	STIMOLAZIONE ANALE	3	L m M G V S D																								

ELIMINAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
2205	MASSAGGIO DEL COLON	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
	ASSISTENZA ALLO STOMIZZATO																										
2210	SOSTITUZIONE DELLA SACCA																										
no. 1	Cerchiare:	1 2 3	L m M G V S D																								
	X: Tipo di stomia																										
	1. Drenaggio ileale	1 2 3	L m M G V S D																								
	2. Cistostomia																										
no. 2	3. Ileostomia	1 2 3	L m M G V S D																								
	4. Colostomia																										
	5. Altro: _____	1 2 3	L m M G V S D																								
2220	PULIZIA DELLA SACCA SENZA SOSTITUZIONE																										
no. 1	Cerchiare:	1 2 3	L m M G V S D																								
	X: Tipo di stomia																										
	1. Drenaggio ileale	1 2 3	L m M G V S D																								
	2. Cistostomia																										
no. 2	3. Ileostomia	1 2 3	L m M G V S D																								
	4. Colostomia																										
	5. Altro: _____	1 2 3	L m M G V S D																								
2230	IRRIGAZIONE DELLA COLOSTOMIA																										
	W - presenza costante	1 2 3	L m M G V S D																								
	fino alla completa emissione della soluzione di irrigazione	1 2 3	L m M G V S D																								
	1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
	ALTRI: _____																										

IGIENE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
3030	— X W	IGIENE PERSONALE X: Luogo 1. Lavabo 2. Letto 3. Vasca - doccia W - presenza costante 1. no 2. si																									
3040	— X W	LAVAGGIO PARZIALE	1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
3050	— X W	LAVAGGIO COMPLETO	1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
3090	— W	IGIENE INTIMA (nessuna correlazione con l'incontinenza)	1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
3100	— W	CURA DEI CAPELLI																									
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
3110	— W	SHAMPO/TAGLIO DEI CAPELLI/MESSA IN PIEGA	1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
3130	— W	SHAMPO/ASPORTAZIONE DEI MATERIALI ESTRANEI (fendini, sangue, terra secca, ...)	3	L	m	M	G	V	S	D																	
			3	L	m	M	G	V	S	D																	
3140	— W	TRATTAMENTI DI BELLEZZA																									
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	
			1 2 3	L	m	M	G	V	S	D																	

IGIENE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
3150	GIOIELLI/TRUCCO	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
3152	ELIMINARE IL TRUCCO	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
3160	IGIENE ORALE																										
	TAMPONI DI GLICERINA	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
3170	— W LAVAGGIO DEI DENTI W - presenza costante 1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
	VESTIRLO CON ABITI CIVILI																										
	Paziente: X: 1. Abile 2. Disabile																										
	W - presenza costante 1. no 2. si																										
3180	— X W	VESTIRLO	1 2 3	L m M G V S D																							
			1 2 3	L m M G V S D																							
3190	— X W	SPOGLIARLO	1 2 3	L m M G V S D																							
			1 2 3	L m M G V S D																							
	ALTRI: _____ _____ _____																										

MOBILIZZAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4010	ALZARSI E METTERSI A LETTO X: Ausilio meccanico/Ampu- tazione 1. no 2. si Z: N° di operatori																										
	ALZARSI CON AIUTO Precisare X: _____ Z: N° di operatori _____	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
4015	METTERSI A LETTO O A SEDERE CON AIUTO Precisare X: _____ Z: N° di operatori _____	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
4020	ALZARE CON SOLLEVA- PERSONE Z: N° di operatori _____	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
4025	METTERE A LETTO CON SOLLEVA-PERSONE Z: N° di operatori _____	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
4030	DEAMBULARE CON AIUTO X = Ausilio meccanico/Ampu- tazione 1. no 2. si Precisare X: _____ Z: N° di operatori _____	1 2	L m M G V S D																								
		1 2	L m M G V S D																								
		1 2	L m M G V S D																								
4040	SPINGERE LA SEDIA A ROTELLE O LA POLTRONA GERIATRICA	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								

MOBILIZZAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4050	— Z MASSAGGIO ET CAMBIO DI POSIZIONE Z: N° di operatori _____ ESERCIZIO MUSCOLARE	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
4060	— W ESERCIZI PASSIVI E/O ATTIVI W - presenza costante 1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4070	— X W ESERCIZI STRUTTURATI, PASSIVI E/O ATTIVI Cerchiare: X: riabilitazione a: 1. breve terme 2. lungo terme W - presenza costante 1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
4080	— X APPLICARE MEZZI DI CONTENZIONE FISICA X: livello di agitazione del paziente Cerchiare: 1. non agitato 2. agitato	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
	ALTRI: _____ _____ _____																										

COMUNICAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	GIORNATA(E)	ORARIO																								
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
5010	ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIONALE INDIVIDUALE	L m M G V S D	%																%								
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5020 — — — X Y Z	ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIO- NALE INDIVIDUALE (deficit cognitivo)	L m M G V S D	%																%								
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
		X . Deficit cognitivo: 1. Lieve 2. Lieve moderato 4. Severo: paziente attivo 3. Severo moderato 5. Severo: paziente passivo							Y . Collaborazione, partecipazione: 1. Buona collaborazione 2. Riluttante a collaborare per alcune attività 3. Sempre riluttante 4. Nessuna partecipazione e nessuna riluttanza (passivo)							Z . Stimolazione: 1. Non richiesta 4. Continuativa 2. Lieve 5. Impossibile 3. Moderata											
5030 — — — X Y Z	ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIO- NALE INDIVIDUALE (disturbi psichiatrici)	L m M G V S D																									
		L m M G V S D	%																	%							
		L m M G V S D																									
		X . Disturbi psichiatrici 1. Lieve 2. Moderato 3. Severo																									
		Y . Collaborazione, partecipazione																									
		Z . Stimolazione																									
5040	RACCOLTA PARZIALE DI DATI (in momenti successivi)	GIORNATA(E)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5050	RACCOLTA DI DATI COMPLETA	L m M G V S D																									
5065	INDAGINI PARZIALE DI TIPO APPRO- FONDITO (in momenti successivi)	L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5070	INDAGINI COMPLETE DI TIPO APPROFONDITO	L m M G V S D																									

COMUNICAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	GIORNATA(E)	ORARIO																								
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
5071	BILANCIO FUNZIONALE	L m M G V S D																									
5072	BILANCIO GIORNALIERO	L m M G V S D																									
5073	TESTS (Precisare): _____	L m M G V S D																									
PROGRAMMA TERAPEUTICO DI RIABILITAZIONE PSICO-SOCIALE																											
5074	SVILUPPO DEL PROGRAMMA	L m M G V S D																									
5075	VERIFICA DEL PROGRAMMA	L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5076	GESTIONE DEL PROGRAMMA	L m M G V S D																									
5077	INCONTRO CON LO PSICHIATRA	L m M G V S D																									
CONTINUITA' DELLE CURE																											
5078	STESURA DEL BILANCIO BIO-PSICO-SOCIALE	L m M G V S D																									
5079	PRESENTAZIONE DEL BILANCIO	L m M G V S D																									
5080	ISTRUZIONI (paziente e figure significative) Precisare:		N° DI OPERATORI				DURATA (MINUTI)				N° DEI PARTECIPANTI (PAZIENTI O FIGURE SIGNIFICATIVE)				ORA D'INIZIO												
	a) _____	L m M G V S D																									
	b) _____	L m M G V S D																									
5090	INTERVENTI A SCOPO PREVENTIVO		CONTRASSEGNARE I TURNI DURANTE I QUALI TALE ATTIVITÀ VIENE RICHIESTA																								
X	X = 1 Minima X = 3 Intensiva	L m M G V S D	✓																								
X	X = 2 Moderata X = 4 Critica	L m M G V S D																									
X		L m M G V S D																									
Problema: _____																											
Obiettivo: _____																											
Interventi: _____																											

COMUNICAZIONE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	GIORNATA(E)	ORARIO																								
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
5120	INTERVENTI A SCOPO PREVENTIVO CON I FIGURE SIGNIFICATIVE		CONTRASSEGNARE I TURNI DURANTE I QUALI TALE ATTIVITÀ VIENE RICHIESTA																								
	X = 1 minima X = 3 intensiva	L m M G V S D	✓																	✓							
	X = 2 moderata X = 4 critica	L m M G V S D																									
	Z = 1 per telefono	L m M G V S D																									
	X Z = 2 all'interno della struttura	L m M G V S D																									
Problema:																											
Obiettivo:																											
Interventi:																											
5130	ATTIVITA' INDIVIDUALE O DI GRUPPO		N° DI OPERATORI		DURATA (MINUTI)		NUMERO DEI PAZIENTI PARTECIPANTI		ORA D'INIZIO																		
	ATTIVITA' RICREATIVA, precisare (attività):																										
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5140	ATTIVITA' TERAPEUTICA <i>Precisare (attività, problema, obiettivo):</i>																										
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
5150	USCITE DALL'ISTITUZIONE COME TERAPIA <i>Precisare (attività, problema, obiettivo):</i>																										
		L m M G V S D																									
		L m M G V S D																									
	ALTRI: _____ _____																										

TERAPIA FARMACOLOGICA

[illegible]

TERAPIA FARMACOLOGICA

CODICE	PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI MEDICINALI	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
6070	MEDICINALI SOMMINISTRAZIONE: IM (INTRAMUSCOLARE)																										
	1 3 L m M G V S D																										
	1 3 L m M G V S D																										
	Precolare: _____																										
6080	SC (SOTTOCUTANEA)																										
	1 3 L m M G V S D																										
	1 3 L m M G V S D																										
	Precolare: _____																										
6090	ID (INTRADERMICA)																										
	1 3 L m M G V S D																										
	1 3 L m M G V S D																										
	Precolare: _____																										
6100	MEDICINALI E.V. IN SOLUZIONE			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	3 L m M G V S D																										
	3 L m M G V S D																										
	Precolare: _____																										
6110	BURETROL																										
	3 L m M G V S D																										
	3 L m M G V S D																										
	Precolare: _____																										
6120	ATTRAVERSO RACCORDI																										
	3 L m M G V S D																										
	3 L m M G V S D																										
No. 1	V = Volume V = 1 1 - 2 cc																										
	V = 2 2.1 - 9 cc																										
	V = 3 > 9.1 cc																										
No. 2	Precolare: _____																										
	Precolare: _____																										
	ALTRI: _____																										

TERAPIA ENDOVENOSA

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7010	TERAPIA ENDOVENOSA																										
	POS. DI UNA VIA VENOSA	3	L m M G V S D																								
	Precisare: V.V. # 1: _____	3	L m M G V S D																								
	Z: N° di operatori _____	3	L m M G V S D																								
7020	SORVEGLIANZA																										
	Precisare:																										
	Infusione # 1:																										
	1/2 Inizio della infusione	I	3	L m M G V S D																							
7030	2/2 Fine della infusione	F	3	L m M G V S D																							
	1/2 Inizio della infusione	I	3	L m M G V S D																							
	2/2 Fine della infusione	F	3	L m M G V S D																							
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23																										
7040	SOSTITUZIONE DELLA VIA E.V.	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								

TERAPIA ENDOVENOSA

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7020	SORVEGLIANZA <i>Precisare:</i> Infusione # 2: (mini-sacche)																										
$\frac{2}{X}$	$\frac{1}{Z}$ Inizio della infusione	I	3 L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine della infusione	F	3 L m M G V S D																								
$\frac{2}{X}$	$\frac{1}{Z}$ Inizio della infusione	I	3 L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine della infusione	F	3 L m M G V S D																								
7030	$\frac{2}{X}$ SOSTITUZIONE DELLA SOLU- ZIONE E.V.		3 L m M G V S D																								
			3 L m M G V S D																								
			3 L m M G V S D																								
7040	$\frac{2}{X}$ SOSTITUZIONE DELLA VIA E.V.		3 L m M G V S D																								
			3 L m M G V S D																								
	SANGUI E DERIVATI			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
7050	PRIMA TRASFUSIONE E SOSTITUZIONE DELLA SAC- CA DI EMODERIVATI		3 L m M G V S D																								
			3 L m M G V S D																								
7060	SORVEGLIANZA <i>Precisare:</i>																										
	$\frac{1}{Z}$ Inizio della infusione	I	3 L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine della infusione	F	3 L m M G V S D																								
	$\frac{1}{Z}$ Inizio della infusione	I	3 L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine della infusione	F	3 L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8020	DIALISI PERITONEALE AMBULATORIALE DI TIPO CONTINUO	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
8060	POSIZIONAMENTO DI SONDA GASTRICA	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8070	DRENAGGIO AD ANGOLO RETTO	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8080	DRENAGGIO AD ACQUA	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								
8090	DRENAGGIO CON ASPIRAZIONE	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								
8100	BLOCCO/SBLOCCO: SONDA E/O CATETERE TUBO: _____	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								
8120	IRRIGAZIONE IRRIGAZIONE VAGINALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8130	IRRIGAZIONE VULVARE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8140	IRRIGAZIONE AURICULARE Cerchiare: Z=1: 1 orecchio Z=2: 2 orecchie	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8150	IRRIGAZIONE GASTRICA	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8180	— W IMMERSIONE DEGLI ARTI W - presenza costante 1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
8190	— W SEMICUPIO W - presenza costante 1. no 2. si	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
8200	— Z BORSA DEL GHIACCIO O BOTTIGLIA DELL'ACQUA CALDA Z = N° di borse Z = _____ PROTESI/ORTESI/CALZE/ BENDAGGI APP. ACUSTICO Cerchiare: Z=1: 1 orecchio Z=2: 2 orecchie																										
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8260	— Z INSERIRE, REGOLARE	1 3	L m M G V S D	F=																							
		1 3	L m M G V S D																								
8265	— Z RIMUOVERE	1 3	L m M G V S D	F=																							
		1 3	L m M G V S D																								
8270	— Z OCCHIALI SCHERMATI O PROTESI OTTICHE Cerchiare: Z=1: 1 occhio Z=2: 2 occhi			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8270	— Z APPLICARE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8275	— Z RIMUOVERE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8280	CALZE ELASTICHE Cerchiare: Z=1: 1 calza Z=2: 2 calze — Z INDOSSARE																										
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8285	— Z SFILARE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8290	FASCIATURA APPLICARE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8295	RIMUOVERE Precisare: _____ _____	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
8300	PROTESI ORTOPEDICA O ORTESI APPLICARE			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
8305	RIMUOVERE Precisare: _____ _____	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
8310	BUSTO DORSO-LOMBARE O CERVICO-DORSO-LOMBARE APPLICARE																										
		3	L m M G V S D																								
8315	RIMUOVERE	3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8320	SEDIA A ROTELLE																										
	CHIUSURA	3	L m M G V S D																								
8325	APERTURA	3	L m M G V S D																								
	FERITE																										
8390	RIMOZIONE DEI PUNTI DI SUTURA	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8400	RIMOZIONE DEL BENDAGGIO O DEL TAMPONE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8410	INSERZIONE DI CATETERE IN UNA FERITA	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8420	IRRIGAZIONE DELLA FERITA	3	L m M G V S D																								
	Precisare: # 1: _____ # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8430	IGIENE E DISINFEZIONE DI UNA FERITA ESPOSTA	1	3	L m M G V S D																							
		1	3	L m M G V S D																							
	Precisare: # 1: _____ # 2: _____	1	3	L m M G V S D																							
	# 3: _____	1	3	L m M G V S D																							
8440	DISINFEZIONE VULVARE O SCROTALE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8450	TERAPIA CON LAMPADA	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8480	MEDICAZIONE																										
	NON STERILE ASCIUTTA O UMIDA	1	3	L m M G V S D																							
		1	3	L m M G V S D																							
	Precisare:																										
	# 1: _____	1	3	L m M G V S D																							
	# 2: _____	1	3	L m M G V S D																							
	# 3: _____	1	3	L m M G V S D																							
	# 4: _____	1	3	L m M G V S D																							
8490	STERILE	3	L m M G V S D																								
	Precisare:																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	# 2: _____	3	L m M G V S D																								
	# 3: _____	3	L m M G V S D																								
	# 4: _____	3	L m M G V S D																								
8500	STERILE COMPLESSA	3	L m M G V S D																								
	Precisare:																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	# 2: _____	3	L m M G V S D																								
8510	MEDICAZIONE E DETER- SIONE DI UNA FERITA	3	L m M G V S D																								
	Z = N° de drenaggi: _____	3	L m M G V S D																								
	Precisare:																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	# 2: _____	3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	MEDICAZIONI ATTE A FAVORIRE IL PROCESSO DI CICATRIZZIONE																										
	X: superficie della ferita																										
	1. ≤ 1.5 cm 2. > 1.5 cm																										
8520	— CON FITOSTIMOLINE	3	L m M G V S D																								
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	—																										
	X # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8530	— CON SOFARGEN	3	L m M G V S D																								
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	—																										
	X # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8540	— CON PLACCHE PER STOMIA	3	L m M G V S D																								
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	—																										
	X # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8550	— CON COTONE UMIDO	3	L m M G V S D																								
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	—																										
	X # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8560	— CON GRANULI DIADERMICI	3	L m M G V S D																								
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	—																										
	X # 2: _____	3	L m M G V S D																								
8570	— DETERSIONE DI UNA FERITA CON FORCIPE E FORBICI	3	L m M G V S D																								
	X: superficie della ferita																										
	1. ≤ 3 cm 2. > 3 cm																										
	—																										
	X <i>Precisare:</i>																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								

TRATTAMENTI

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8580	APPLICAZIONE DI POMATA SENZA MEDICAZIONE Z: % superficie corporea totale: _____ Precisare: _____																										
		1	3	L m M G V S D																							
8590	APPLICAZIONE DI POMATA CON MEDICAZIONE Z: % superficie corporea totale: _____ Precisare: _____																										
		1	3	L m M G V S D																							
8630	MANOVRE PRECAUZIONA- LI: BARRIERE Precisare (cure/motivazione): _____																										
		3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
8640	MANOVRE PRECAUZIONA- LI: ESTESE Z = 1 Inizio Z = 2 Fine Precisare (motivazione): _____																										
		I	3	L m M G V S D																							
		F	3	L m M G V S D																							
	ALTRI: (per esempio) innesti di cute, tecniche di medicazione _____																										

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9010	OSSERVAZIONE																										
	BIO-PSICO-SOCIALE (ad intervalli)	3	L m M G V S D	F=							F=							F=									
		3	L m M G V S D																								
	Precisare: _____			N° DI OPERATORI							DURATA (MINUTI)							N° DI PAZIENTI							ORA D'INIZIO		
9020	BIO-PSICO-SOCIALE (costante)																										
	Precisare: _____	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
9030	PARAMETRI VITALI																										
	A) TEMPERATURA																										
	- orale	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9040	- rettale	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9050	- ascellare	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9060	B) RESPIRAZIONE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9070	C) POLSO	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9080 — X Z	D) PRESSIONE ARTERIOSA	3	L m M G V S D																								
	X: N° di arti per posizione: _____	3	L m M G V S D																								
	Z: N° di posizioni : _____	3	L m M G V S D																								
	Precisare: _____	3	L m M G V S D																								
9090	PARAMETRI NEUROLOGICI	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
9100	PARAMETRI VASCOLARI	3	L m M G V S D																								
	VALUTAZIONE DEI LIQUIDI ASSUNTI	3	L m M G V S D																								
				00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9210	PER VIA ORALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9220 — Z	PER Sonda																										
	Z: N° di sonde: _____	3	L m M G V S D																								
	Precisare: _____																										
	# 1: _____	3	L m M G V S D																								
	# 2: _____	3	L m M G V S D																								
9230 — Z	PER VIA PARENTERALE	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
	Z: N° delle infusioni: _____	3	L m M G V S D																								

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9240	VALUTAZIONE FLUIDI ESCRETI																										
	PER VIA NATURALE	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9250	PER CATETERE O SACCHE	3	L m M G V S D																								
	Z: N° di sonde, cateteri, sacche: _____	3	L m M G V S D																								
	Precisare: _____	3	L m M G V S D																								
9260	PESO/CIRCONFERENZA																										
	PESO CORPOREO	2 3	L m M G V S D																								
	Z: N° di operatori: _____	2 3	L m M G V S D																								
9270	CIRCONFERENZA	3	L m M G V S D																								
	Z: N° di operatori: _____	3	L m M G V S D																								
9280	RACCOLTA DELLE 24 ORE ESCREATO																										
	$\frac{1}{Z}$ Inizio della raccolta	I 1 3	L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fine della raccolta	F 1 3	L m M G V S D																								
9290	URINE																										
	$\frac{1}{Z}$ Inizio della raccolta	I 1 3	L m M G V S D																								
	$\frac{2}{Z}$ Fin della raccolta X: 1. senza sonda X: 2. con sonda	F 1 3	L m M G V S D																								
9300	FILTRAGGIO DELLE URINE	3	L m M G V S D	F=																							
		3	L m M G V S D																								

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9310	CAMPIONI, ANALISI SEMPLICE																										
	CAMPIONI DI SECRETO (FERITA, ...)	3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
		3	L m M G V S D																								
9320	CAMPIONI DI FECI	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9350	CAMPIONI DI URINE (ANALISI)	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
9360	CAMPIONI DI URINE (COLTURE)	1 2 3	L m M G V S D																								
	X: 1. senza sonda X: 2. con sonda	1 2 3	L m M G V S D																								
		1 2 3	L m M G V S D																								
9380	CAMPIONI DI SANGUE Precisare:																										
	• _____	3	L m M G V S D																								
	• _____	3	L m M G V S D																								
	• _____	3	L m M G V S D																								

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

CODICE	ATTIVITA' INFERMIERISTICA RICHIESTA	LIV. DI ASSIST.	GIORNATA(E)	ORARIO																							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9390	TEST SEMPLICI DA EFFETTUARSI NEL REPARTO																										
	CLINITEST-ACETEST	1 3	L m M G V S D																								
	ALTRI: _____	1 3	L m M G V S D																								
9400	GLICEMIA	1 3	L m M G V S D																								
		1 3	L m M G V S D																								
9430	— ASSISTENZA DURANTE L'ESAME																										
	W - presenza costante																										
	Cerchiare: 1. No 2. Si			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9440	. esame obiettivo	2 3	L m M G V S D																								
	. esame radiologico	2 3	L m M G V S D																								
	altri: _____	2 3	L m M G V S D																								
	— ASSISTENZA DURANTE UNA MANOVRA MEDICALE																										
	W - presenza costante																										
9440	Cerchiare: 1. No 2. Si																										
	. puntura lombare	2	L m M G V S D																								
	. dissezione venosa	2	L m M G V S D																								
	. sutura	2	L m M G V S D																								
	altri: _____	2	L m M G V S D																								
	ALTRI:																										