

ASSISTITO _____

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Procedure terapeutiche	DATA intervento		Programma Data inizio e frequenza		Programma Data inizio e frequenza
<input type="checkbox"/> Fornire conoscenze all'utente sulla terapia da effettuare <input type="checkbox"/> informarlo sugli effetti collaterali e sulle eventuali interazioni con altre sostanze Istruire la persona e/o i familiari: <input type="checkbox"/> sulle corrette modalità di assunzione della terapia prescritta <input type="checkbox"/> sulla modalità di somministrazione della terapia (sottocutanea, transcutanea, ecc.) <input type="checkbox"/> a dosare correttamente la terapia <input type="checkbox"/> a riconoscere segni e sintomi di ipo o iper dosaggio <input type="checkbox"/> sulle modalità di utilizzo dei presidi sanitari <input type="checkbox"/> Prevenire il contagio e/o le infezioni <input type="checkbox"/> a chi rivolgersi in caso di urgenza <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Terapia : Orale _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C _____ I.M. _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C _____ S.C. _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C _____ Sorveglianza fleboclisi _____ _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C _____ _____ E.V. _____ <input type="checkbox"/> Nutrizione : S.N.G. _____ P.E.G. _____ <input type="checkbox"/> Terapia peridurale <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia _____% <input type="checkbox"/> Drenaggi		<input type="checkbox"/> Protocollo CVC <input type="checkbox"/> Protocollo IVU <input type="checkbox"/> Protocollo THF <input type="checkbox"/> Medicazioni complesse _____ <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale _____ <input type="checkbox"/> Interventi evacuativi (clisma) _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C _____ _____ <input type="checkbox"/> Medicazioni semplici _____ <input type="checkbox"/> Affidata all'OSS C	

Durata del programma: INIZIO il _____ MODIFICATO il _____ (vedi scheda n° _____) FINE il _____ /Follow up dal __ /__ /__

L'Infermiere che affida _____

ASSISTITO _____

INTERVENTI INFERMIERISTICI

		DATA intervento	
		Programma data inizio e frequenza	
		N°	
<input type="checkbox"/>	Fornire conoscenze all'utente sull'esame da effettuare		
<input type="checkbox"/>	Istruire la persona sulle corrette modalità di raccolta e/o conservazione del campione biologico		
<input type="checkbox"/>	1 Esame urine Affidata all'OSS C _____		
<input type="checkbox"/>	2 Urinocoltura Affidata all'OSS C _____		
<input type="checkbox"/>	3 Raccolta feci Affidata all'OSS C _____		
<input type="checkbox"/>	4 Raccolta secrezioni e/o liquidi di drenaggio		
<input type="checkbox"/>	5 Prelievo ematico		
<input type="checkbox"/>	6 Emocoltura		
<input type="checkbox"/>	7 Prelievi capillari _____ (se coagucheck vedi scheda)		
<input type="checkbox"/>	8 Rilevazione parametri vitali (no PA) Affidata all'OSS C _____		
<input type="checkbox"/>	9 Saturazione O2		
<input type="checkbox"/>	10 Peso corporeo Affidata all'OSS C _____		
<input type="checkbox"/>	11 Bilancio idrico		
<input type="checkbox"/>	12 ECG		
<input type="checkbox"/>	13 Monitorare stato di coscienza		
<input type="checkbox"/>	14 Monitorare l'intensità del dolore (scheda dolore)		
<input type="checkbox"/>	_____		

Annotazioni _____

Durata del programma: INIZIO il _____ MODIFICATO il _____ (vedi scheda n° _____) FINE il _____ /Follow up dal __ / __ / __

L'Infermiere che affida _____