

ASSISTITO \_\_\_\_\_

**INTERVENTI INFERMIERISTICI**

Procedure terapeutiche	DATA intervento		Programma Data inizio e frequenza		Programma Data inizio e frequenza
<input type="checkbox"/> <b>Fornire conoscenze</b> all'utente sulla terapia da effettuare <input type="checkbox"/> informarlo sugli effetti collaterali e sulle eventuali interazioni con altre sostanze <b>Istruire la persona e/o i familiari:</b> <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"/> <b>Terapia :</b> Orale _____ <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b> _____ I.M. _____ <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b> _____ S.C. _____ <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b> _____ Sorveglianza fleboclisi _____ _____ <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b> _____ <hr/> E.V. _____ <input type="checkbox"/> <b>Nutrizione :</b> 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"/> <b>Protocollo CVC</b> <input type="checkbox"/> <b>Protocollo IVU</b> <input type="checkbox"/> <b>Protocollo THF</b> <input type="checkbox"/> <b>Medicazioni complesse</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Cateterismo vescicale</b> <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Interventi evacuativi (clisma)</b> <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b> _____ <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Medicazioni semplici</b> <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Affidata all'OSS C</b>	

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