



**PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**  
**Esercitazione Didattica<sup>1</sup> – 3° ANNO DI CORSO**

STUDENTE \_\_\_\_\_ SEDE DI TIROCINIO \_\_\_\_\_

DATA DEL RICOVERO \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ PRIMA RACCOLTA DATI: data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**FIRMA dell'AT** per attestare che il Caso descritto, è stato realmente preso in carico durante il periodo di Tirocinio.

**DATI SOCIO-ANAGRAFICI**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \*\*\*\*\* SESSO M  F

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ VIA \*\*\*\*\*

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

LINGUA \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

**DATI riguardanti la SITUAZIONE FAMILIARE**

- \_\_\_\_\_ :
- vive solo
  - in famiglia (componenti) \_\_\_\_\_
  - con i figli \_\_\_\_\_
  - con badante \_\_\_\_\_
  - seguito dal servizio di: \_\_\_\_\_
  - in struttura protetta \_\_\_\_\_

PERSONA DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_ Tel. \*\*\*\*\*

<sup>1</sup> Ricordare che la consegna dell'Elaborato deve avvenire entro 7 gg. dal termine del periodo di Tirocinio a cui si riferisce.  
U.R. maggio 2019

## ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

TIPO DI RICOVERO:  Urgente  Programmato  Day Hospital  Trasferimento \_\_\_\_\_

PROVENIENZA:  domicilio  Trasferimento da altro Ospedale: \_\_\_\_\_

Struttura Operativa di \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI MEDICA ALL'ACCETTAZIONE:

(per Area Chirurgica) **INTERVENTO** \_\_\_\_\_

TERAPIA ASSUNTA PRIMA DELL'ATTUALE RICOVERO:  NO  SI: \_\_\_\_\_

PRESENZA MALATTIE INFETTIVE:  NO  NON RIFERITE  SI: \_\_\_\_\_

ALLERGIE E REAZIONI ALLERGICHE:  NO  NON RIFERITE  SI: \_\_\_\_\_

REAZIONI AVVERSE A FARMACI:  NO  NON RIFERITE  SI: \_\_\_\_\_

### DESCRIZIONE DEL CASO:

---

---

---

---

---

## ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

---

---

---

---

---

---

---

---

RICOVERI - INTERVENTI **PREGRESSI**  NO  SI \_\_\_\_\_

CONDIZIONI PATOLOGICHE **ASSOCIATE**  NO  SI, QUALI: \_\_\_\_\_

---

# Procedere con la redazione di un PIANO DI A.I. SECONDO LE FASI DEL PROCESSO DI AI ORIENTATO DAL MAPU® NOTE PER LA COMPILAZIONE

**A-** Specificare **cosa ha indagato** nella *Valutazione infermieristica iniziale*.

**B-** Al termine della Valutazione iniziale, in caso di *Processi alterati o a rischio di alterazione*, completare tante **Tabelle** quante sono le Diagnosi infermieristiche individuate (D-OC-INTERVENTI).

**B1** – Nelle tabelle, indicare **quali INTERVENTI** infermieristici **ha attuato o intende attuare** nella situazione assistenziale affrontata. A seconda dell'opportunità, specificare anche un dettaglio operativo e pratico: indicare chi agisce- verso chi si agisce, come –dove-quando, per quante volte, per quanto tempo, ecc...

**C-** Specificare **come e quando** ha effettuato la *Valutazione infermieristica continua*; considerare l'evoluzione clinica dell'Assistito e quando si rilevano eventi significativi di nuova insorgenza, compilare altre Tabelle per focalizzare nuove D-OC-INTERVENTI, indicando sinteticamente, anche in questo caso, come e quando ha verificato gli **esiti** raggiunti.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA
OUTCOME
INTERVENTI
1.
2.
3.
4.
5.
...