

**REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE**

**OGGETTO:** Adozione Cartella Integrata , presso le UU.O.O.di Medicina e Geriatria .

L'anno duemila dieci il giorno 15 DIC. 2010 presso la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale sita presso il centro direzionale "Il Granaio" in via Mario Nicoletta angolo G. di Vittorio.

**II COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**PREMESSO :**

**CHE**, le UU.O.O di Medicina Generale e Geriatria del P.O. di Crotona adotteranno dal 01 Gennaio 2011, la Cartella Clinica Integrata ;

**CHE**, il gruppo di qualità dell'area Infermieristica, Coordinato dal Responsabile VRQ-MCQ - SITA ( Dott. Francesco Sarcone ) - costituito dal Direttore del Dipartimento ( Dr. Pietro Cotronei ) - dal Direttore dell'Unità Operativa di Medicina ( Dr. Vincenzo Tucci ) - dal Coordinatore SITA (Dott. Pietro Vrenna), dal Coordinatore SITA Area Tecnica ( Dott. Pantaleone Telemaco Pedace) dalla Posizione Organizzativa Infermieristica del Dipartimento ( AFD Antonio Manica ) - dagli Infermieri Coordinatori ( Rosario Cordua e Graziella Scarfò ) - dai Coordinatori ( Angela Colacino e Rosalba Leotta ) e dagli infermieri delle unità operative afferenti al Dipartimento ( Cerenzia Barbara , Francesca Oliverio e Domenica Tallarico, Ugo Siniscalchi, e Rosetta Flagelli ), ha elaborato la Cartella Clinica Integrata Unica dell'area Medica dell'ASP di Crotona;

**CHE**, la "Cartella Clinica Integrata" nasce dalla consapevolezza che non si possono erogare risposte adeguate ai bisogni dell'utente se non vi è un coordinamento dei processi clinici/assistenziali ed una integrazione dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori professionali;

**CHE**, l' art.23 del nuovo codice di Deontologia Medica stabilisce che la cartella clinica deve essere redatta in modo chiaro, con puntualità e diligenza nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e nello stesso tempo contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo corso, le attività diagnostiche terapeutiche espletate;

**CHE**, pertanto, la "Cartella Clinica Integrata" rappresenta uno strumento unico e multidisciplinare dove si raccolgono tutte le informazioni legati all'assistenza e alla cura del paziente;

**CHE**, la "Cartella Clinica Integrata" e' un insieme di documenti nei quali viene registrato, sia dal medico e sia dall'infermiere, un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali e giuridiche) che riguardano il paziente in senso diagnostico-terapeutico, al fine di predisporre gli opportuni interventi assistenziali e poterne usufruire per eventuali indagini di natura scientifica, statistica e medico legale;

**CHE**, la " Cartella Clinica Integrata " presenta una struttura modulare costituita da una parte **fissa** ed una parte **mobile**; in quella **fissa** sono raccolti i dati anagrafici all'accoglienza del paziente, è



formulata in modo da favorire una compilazione guidata e porta ad essere propedeutica all'utilizzo di una futura cartella informatizzata; in quella **mobile**, che è costituita da diverse schede: quella inerente alla Pianificazione - alla Valutazione ed al diario infermieristico dove vengono annotate le osservazioni riguardanti lo stato di salute del paziente; da una scheda unica della Terapia, foglio uguale per tutto il Presidio Ospedaliero; da una scheda "grafico" per i parametri vitali e della temperatura; una scheda di Valutazione medica all'accoglienza; una scheda di diario clinico medico nella quale vengono annotate le osservazioni riguardanti lo stato di salute del paziente; una scheda per i report degli esami strumentali e delle varie consulenze richieste; scheda report degli esami emato-chimici richiesti ed effettuati; scheda del " consenso informato "; scheda di " dimissione Medica ed Infermieristica " ed eventuale scheda aggiuntiva a secondo della specificità dell'unità operativa;

**CHE**, sia nella parte **fissa** che in quella **mobile** della " Cartella Clinica Integrata " sono previsti spazi per individuare, attraverso la Firma, l'operatore che ha effettuato la prestazione; inoltre, nella scheda che riguarda la prescrizione e la esecuzione della terapia, esiste lo spazio per la firma del medico che prescrive e sia dell'infermiere che la esegue;

**CHE**, la " Cartella Clinica Integrata ", detto documento personale, ha come scopo di consentire il superamento della cartella clinica e della cartella infermieristica a favore di un'unica cartella integrata;

**CHE**, la " Cartella Clinica Integrata " si pone come obiettivo di: favorire l'approccio multidisciplinare ai problemi della salute dell'utente, di migliorare: la pianificazione delle attività sanitarie, la qualità della documentazione sanitaria e di assicurare una maggiore trasparenza degli atti medici ed infermieristici per consentire un migliore accesso ai dati;

**CHE**, i vantaggi attesi sono rappresentati da : eliminazione della doppia registrazione dei dati (medico/infermieristici); dall'ottimizzazione del tempo/lavoro per altre attività clinico assistenziale e dalla motorizzazione del rischio clinico.

**PRESO ATTO**, che nell'esercizio della professione Medica e Infermieristica è intrinsecamente connessa la responsabilità dei propri atti, cioè l'obbligo di rispondere del proprio operato, se non è eseguito correttamente, sia a livello penale, civile, amministrativo e ordinistico o disciplinare; visti i riferimenti giuridici:

R.D. 30 settembre 1938 numero 1631 art. 24, D.P.R. 27 marzo 1969 numero 128 art. 2 - 7, D.P.R. 14 marzo 1974 numero 225 ( abrogato dalla legge 42/99 ), Codice deontologico degli Infermieri art. 4.6., 4.7., 4.8., Legge n.795 del 15 novembre 1967, che recepisce l'Accordo Europeo di Strasburgo del 25 settembre 1967, Legge del 26 Febbraio n° 42 del 1999, del codice deontologico dell'Infermiere approvato il 12 Maggio 1999 e del DPR 734/94, del 14 Settembre " Profilo Professionale dell'Infermiere ", le quali attribuiscono all'Infermiere responsabilità nella propria autonomia professionale ( nuovo codice di deontologia medica art.23 );

**PRESO ATTO**, della proposta per l'adozione della Cartella Clinica Integrata nelle UU.OO. della Geriatria - della Medicina e della Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Crotone, dal Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero ( Dr. Angelo Carcea ), dal Responsabile della Qualità ( Dott. Francesco Sarcone ), dal Direttore del Dipartimento di Medicina Generale ( Dr. Pietro Cotronei ), Dal Direttore dell'U.O. di Medicina ( Dr. Vincenzo Tucci ), dal Delegato SITA area infermieristica ( Dott. Pietro Vrenna ) e dalla Posizione Organizzativa Infermieristica del Dipartimento ( AFD Antonio Manica );

**VISTA**, l'autorizzazione ad adottare tale strumento di verifica della qualità a firma del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero ( Dr. Angelo Carcea ) e del Direttore del Dipartimento Area Medica ( Dr. Pietro Cotronei );



**DATO ATTO**, dell'importanza di istituire la Cartella Clinica Integrata per un miglioramento delle prestazioni assistenziali e per una maggiore responsabilizzazione dei Medici/ Infermieri;

**VERIFICATO**, che sia dal punto di vista rischio clinico e sia per migliorare la performance nel lavoro di equipe medico/infermieristico è utile l'utilizzo della Cartella Clinica Integrata;

**ATTESO CHE**, il raggiungimento dell' obiettivi prefissati è realizzabile attraverso il Circolo della qualità della UU.O. di Medicina e Geriatria,

**RITENUTO**, pertanto, di dovere adottare la Cartella Clinica Integrata regolarmente archiviata e di dovere provvedere al coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari nel processo assistenziale al fine di un miglioramento costante e continuo;

**ACQUISITO**, il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

**VISTO**, le leggi in materia.

### **DELIBERA**

Per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono integralmente ripetuti e riconfermati , di adottare nelle UU.O.O di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Crotona la " Cartella Clinica Integrata"; prendere atto della proposta per l'adozione della Cartella Infermieristica nelle UU.O.O, di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Crotona, dal Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero ( Dr. Angelo Carcea ), dal Responsabile della Qualità Area Infermieristica ( Dott. Francesco Sarcone ), dal Direttore del Dipartimento di Medicina Generale ( Dr. Pietro Cotronei ), dal Direttore dell'U.O. di Medicina ( Dr. Vincenzo Tucci ), dal Coordinatore SITA area infermieristica ( Dott. Pietro Vrenna ), dal Coordinatore SITA area Tecnica( dott. Pantaleone Telemaco Pedace) e dalla Posizione Organizzativa Infermieristica del Dipartimento ( AFD Antonio Manica );

1. Precisando che per quanto riguarda la procedura di archiviazione seguirà quella adottata nell'archiviazione della Cartella Clinica Medica, diventando di fatto unico documento giuridico legale ;
2. Trasmettere copia della presente delibera al Direttore del Presidio Ospedaliero ( Dr. Angelo Carcea ); Al Responsabile Area Infermieristica della Qualità ( Dott. Francesco Sarcone ), al Direttore del Dipartimento Aera Medica ( Dr. Pietro Cotronei ), al Direttore dell'U.O. di Medicina ( Dr. Vincenzo Tucci ), al Delegato SITA area infermieristica ( Dott. Pietro Vrenna ), e dalla Posizione Organizzativa Infermieristica del Dipartimento ( AFD Antonio Manica );
3. Si allega alla presente il modello tipo della Cartella Clinica Integrata, che ne fa parte integrante;
4. Si autorizza l'adozione della Cartella Clinica Integrata nelle UU.O.O, sopra citate, del Presidio Ospedaliero di Crotona, demandando ai preposti responsabili la monitorizzazione e la verifica dell'adozione della stessa, nonché la validazione entro un anno dall'atto deliberativo.

Responsabile del procedimento :

Il Direttore Amministrativo :

Il Direttore Sanitario :

Il Commissario Straordinario :

The image shows four handwritten signatures in black ink, corresponding to the labels on the left. The first signature is for the 'Responsabile del procedimento', the second for the 'Direttore Amministrativo', the third for the 'Direttore Sanitario', and the fourth for the 'Commissario Straordinario'. The signatures are written in a cursive, somewhat stylized script.



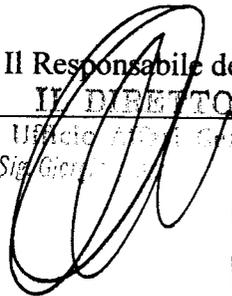
**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

La presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge il 16 DIC. 2010 e vi  
rimarrà per un periodo di 10 giorni.

Il Responsabile della Segreteria

**IV DIRETTORE**

Ufficio Affari Generali  
(Sig. Giorgi) 16/12/2010







REGIONE CALABRIA  
Azienda Sanitaria Provinciale Crotonese

## INFORMATIVA PER GLI UTENTI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART.13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196 2003

L'azienda Sanitaria Provinciale di Crotonese garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e libertà fondamentali di ogni soggetto, nonché dalla dignità individuale, con particolare riferimento alla riservatezza, alla identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. A tal fine si intende di informare gli utenti dei loro principali diritti in materia di protezione dei dati personali, ricordando che;

- E' un diritto quello di essere informato sui possibili usi dei dati personali a fine di esprimere un consenso consapevole in merito.
- Le informazioni che riguardano lo stato di salute possono essere fornite a terze persone, solo se espressamente autorizzate.
- Nell'erogazione di prestazioni che vengono fornite prevalentemente in ambiente ospedaliero o comunque ambulatoriale, è un diritto dell'utente che tutto il personale garantisca, in tutte le fasi del processo di cura, la dignità della persona e la massima riservatezza sulle informazioni che la riguardano. Nelle apposite aree di attesa comuni, l'utente mentre attende di effettuare una prestazione, se lo desidera a garanzia di una maggiore riservatezza, può chiedere al momento dell'accettazione amministrativa di essere chiamato in modo tale che non venga pronunciato il suo nominativo.

### **Finalità del trattamento:**

I dati personali di ogni soggetto, in particolar modo quelli riferiti allo stato di salute, vengono trattati per finalità correlate alla erogazione al soggetto interessato di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione. I trattamenti di dati effettuati dall'ASP possono riguardare adempimenti connessi all'esercizio delle seguenti attività:

- ➔ Prevenzione, tutela e promozione della salute pubblica e medicina legale
- ➔ Assistenza in regime di ricovero ospedaliero
- ➔ Assistenza sanitaria di emergenza
- ➔ Assistenza specialistica ambulatoriale e riabilitazione
- ➔ Medicina di base, pediatria di libera scelta e guardia medica
- ➔ Assistenza domiciliare integrata-assistenza protesica
- ➔ Assistenza sanitaria agli stranieri-assistenza sanitaria penitenziaria
- ➔ Tutela della salute mentale
- ➔ Assistenza per le dipendenze patologiche
- ➔ Tutela della salute materno infantile
- ➔ Assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale
- ➔ Attività immuni-trasfusionale
- ➔ Assistenza residenziale e semi residenziale agli anziani, portatori di handicap
- ➔ Attività di programmazione di gestione e controllo dell'assistenza sanitaria
- ➔ Gestione dei rapporti con l'utenza

### **Raggiungimento delle seguenti finalità:**

- ➔ Finalità connesse alla prevenzione, tutela e promozione della salute
- ➔ Finalità connesse alla diagnosi, cura e riabilitazione del paziente
- ➔ Finalità connesse alla ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico
- ➔ Finalità di carattere sociale

## 2) Modalità di trattamento dei dati

I dati vengono raccolti e trattati dall'Azienda nel rispetto dei principi dalla legge e precisamente: legittimità, correttezza, liceità, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali sono stati raccolti. Il trattamento dei dati è effettuato, sia in modo informatizzato che cartaceo, da personale sanitario ed amministrativo dipendente. I dati trattati possono riguardare informazioni di tipo anagrafico, informazioni relative allo stato di salute, di natura genetica, relativa alla famiglia, al comportamento, all'istruzione e cultura. Vengono registrati e conservati in banche dati e sono trattati esclusivamente dagli operatori incaricati, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione di congrue misure di sicurezza. Sono utilizzati e conservati per il tempo necessario alla realizzazione delle finalità per cui sono raccolti, tenuto conto dei tempi previsti dalla legge per ogni tipo di dato o documento.

## 3) Comunicazioni de Dati

I dati personali raccolti all'interno dell'ASP non sono soggetti a diffusione e vengono comunicati, solo se e direttamente necessario, per il perseguimento delle finalità di cui al punto 1, della presente informativa. Possono essere comunicati, su autorizzazione dell'interessato, ed altri soggetti pubblici o privati, ed altre strutture sanitarie ad consulenze specialistiche o prestazioni diagnostiche. L'ambito delle comunicazioni può inoltre essere esteso: all'interessato stesso, al proprio medico curante, ai propri familiari specificamente indicati, a terzi specificamente indicati, alle altre aziende, alle strutture del Servizio Sanitario regionale e nazionale, al personale dipendente o convenzionato dall'Azienda sempre per il perseguimento delle finalità dell'interessato. Questi esami e/o visite effettuate presso il Presidio Ospedaliero o poliambulatori, sono consegnati solo agli interessati o a persone da queste autorizzate con le forme di delega prescritta dalla normativa vigente.

## 4) Riferimento dei dati e manifestazione del consenso ai sensi dell'art.81, comma 1, del Codice Privacy

Il paziente, quando si rivolge all'ASP per motivi di assistenza sanitaria o altre prestazioni, deve fornire i dati anagrafici richiesti ed i dati sanitari finalizzati al trattamento del proprio stato di salute. In mancanza la prestazione sanitaria non può essere effettuata. In caso di esercizio da parte dell'ASP di attività per la tutela della salute della collettività o di terzi, l'ASP è autorizzata al trattamento dei dati dal Provvedimento generale del Garante per la protezione dei dati personali.

**Il consenso al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute, preso atto dell'informativa rilasciata dalla presente, viene manifestato dall'utente in forma orale e documentata con relativa annotazione esercente la professione sanitaria nella cartella clinica dell'interessato e/o sul documento sanitario della struttura che effettua la prestazione.**

## 5) I Diritti dell'interessato

Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che lo riguardano, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'interessato ha il diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati; delle finalità e modalità del trattamento anche se informato con strumenti informatici. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; la rivelazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; ha inoltre diritto per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Tali diritti potranno essere esercitati dall'interessato inoltrando istanza, indirizzata all'ASP di Crotona, Via M. Nicoletta ang. G. DI Vittorio, Direzione del Direttore Generale pro-tempore Titolare del trattamento.

**Titolare del trattamento dei dati personali è l'azienda Provinciale di Crotona con sede in Via M. Nicoletta, ang. G. di Vittorio, 88900-Crotona, nella persona del Direttore Generale pro-tempore.**

**Responsabili del trattamento dei dati sono i singoli Direttori delle Unità Operative complesse individuali con Direzione n.5 del 21 Gennaio 2009.**



REGIONE CALABRIA  
Azienda Sanitaria Provinciale Crotona

Consenso al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute ai sensi del D.Lgs.196/2003"Codice Privacy"

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

ricevuta l'informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/03; preso atto dei diritti a me riconosciuti ai sensi dell'art. 7 de suddetto decreto;  
consapevole che i trattamenti possono riguardare dati sensibili ed idonei a rilevare lo stato di salute come descritto nella informativa

presto consenso

al trattamento dei dati necessari alla erogazioni di prestazioni sanitarie ed ad esse correlate, come indicato nella informativa da me letta.

Il sottoscritto inoltre consente che venga data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle seguenti persone:

■ Medico curante: Dott. \_\_\_\_\_

■ Altri: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ recapito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma dell'interessato (1)

\_\_\_\_\_

Firma operatore  
che riceve il consenso

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_

1) Sottoscrive l'interessato se maggiorenne. 2) Uno dei genitori per i minori. 3) Il tutore per l'incapace di intendere e volere.

Il sottoscritto genitore/tutore di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Firma genitore o tutore

\_\_\_\_\_



**PATOLOGICA PROSSIMA**

.....  
.....  
.....  
.....

**ESAME OBIETTIVO MEDICO**

**STATO DI VIGILANZA:** (SCALA AVPU) .....

.....  
.....  
.....

**ORGANI ED APPARATI**

**CAPO:** .....

.....  
.....

**COLLO:** .....

.....  
.....

**TORACE:** .....

.....  
.....

**CUORE:** .....

.....  
.....

**ADDOME:** .....

.....  
.....

**ARTI:** Superiori .....

Inferiori .....

.....

**SIST. NERVOSO:** .....

.....

**POLSI:** .....

**MEWS Score:** .....

**Indice di Cockcroft-Gault:** .....

Data .....

.....  
FIRMA DEL MEDICO

## VALUTAZIONE ALL'ACCOGLIENZA- ANAMNESI INFERMIERISTICA

Cognome Nome: ..... Data nascita: .....  
(se necessario)

ASP..... Tess..... Et ..... Nato/a a..... Via.....

.....Citt .....  
STATO DI COSCIENZA:  vigile  assopito  comatoso (Glasgow)

orientato  disorientato:  spazio  tempo.....

Precedenti ricoveri:  no  si.....

Diagnosi d'entrata.....

Riferimenti-Familiare..... Tel/cell..... Medico di Famiglia.....

Sato Civile:  Coniugato  Separato/Divorz.  Vedovo  Convivente  Figli n° ...

Scolarit :  Analfabeta  Elementare  Media  Laurea  Altro

Attivit  Lavorativa:  in attivit   Pensionato  Disoccupato

Religione:  Cattolica  Ateo/a  Altro...

Parametri vitali: P.A..... F.C..... Temp.....

COMUNICAZIONE: Lingua parlata:  italiano  altro: ..... comprensione:  Si  No

normale  afasia  disfasia  disartria .....

STATO EMOTIVO: collaborante:  si  no  ansioso  aggressivo  agitato  depresso  altro:

SENSORIO:  problemi uditivi: .....  problemi visivi: .....

protesi: .....

DOLORE:  assente  presente: intensit : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Assente Il peggiore possibile

sede: ..... tipo: ..... In trattamento analgesico con: .....

Insorto da  meno di 7 giorni  da 7 giorni a 3 mesi  pi  di 3 mesi

Possibili cause del dolore.....

Terapia antidolorifica a casa:  non oppioidi  oppioidi

TERAPIA:  insulina  ipoglicemiz. orali  tranquillanti  anticoagulanti:.....

Altro .....

SONNO:  regolare  irregolare  insonnia

Uso abituale di farmaci: .....

**IGIENE PERSONALE:**  assistita  non assistita .....

**CUTE/MUCOSE:**  normale  pallida  cianotica  itterica

idratata  disidratata  ascite  edemi: .....

integra  lesioni da decubito ( vedi griglia)

lesioni: .....

medicazioni: .....

drenaggi: tipo: ..... sede: .....

**MOBILIZZAZIONE:**  autonomo  vedi Indice di Braden  limitazioni fisiche/handicap: .....

ausili .....

**mobilità precedente al ricovero:** .....

**ALIMENTAZIONE:** Autonomo:  si  no  digiuno

**Dieta:**  libera  iposodica  semiliquida  liquida  leggera  personalizzata: .....

inappetenza  vomito difficoltà alla deglutizione:  solidi  liquidi

NE  SNG tipo: ..... ch: ..... posiz. il/ultima sostituz.: .....

PEG tipo: ..... ch: ..... posiz. il/ultima sostituz.: .....

condizioni area inserzione: .....

NPT  CVC tipo: ..... ch: ..... posiz. il/ultima sostituz.: .....

condizioni area inserzione: .....

CVP tipo: ..... ch: ..... posiz. il/ultima sostituz.: .....

condizioni area inserzione: .....

**ELIMIN.NE INTESTINALE:**  alvo regolare  diarrea  stipsi  uso abituale di lassativi:.....  incontinente

stomia tipo: ..... sede: ..... presidio: .....

autonomo nella gestione della stomia:  si  no irrigazioni:  si  no .....

**ELIMIN.NE VESCICALE:**  nessun problema  incontinente

alterazioni minzione: .....

catetere vescicale tipo: ..... ch: ..... posiz. il/ultima sostituz.: .....

stomia tipo: ..... sede: ..... presidio: .....

autonomo nella gestione della stomia:  si  no .....

**RESPIRATORIO:**  eupnea  dispnea:  a riposo  da sforzo

O2 lt/min: .....  maschera  occhiali

tosse  espettorato  T°.....

stomia: tipo: ..... Sede: .....

**Autonomo nella gestione della stomia:**  si  no .....

**NOTE:**

.....  
.....  
.....

**Data** .....

**Firma** .....

























# SCHEDA DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

COGNOME e NOME DEL PAZIENTE ..... Peso: kg ..... Altezza: cm .....

## GRADO DI AUTOSUFFICIENZA

	DIPENDENTE	SEMIDIPENDENTE	AUTOSUFFICIENTE
LAVARSI			
VESTITI			
ALIMENTARSI			

<b>DEAMBULAZIONE</b>		ALLETTATO
		CARROZZINA
		CAMMINA CON APPOGGIO
		NORMALE

<b>CONTROLLO FECI</b>		STIPSI
		INCONTINENZA
		NORMALE

<b>CONTROLLO URINE</b>		RITENZIONE
		INCONTINENZA
		NORMALE

<b>STATO DI COSCIENZA</b>		DISORIENTATO
		LUCIDO

<b>SONNO</b>		REGOLARE
		DISTURBATO
		USO DI FARMACI

<b>LINGUAGGIO</b>		NORMALE
		DIFFICOLTOSO
		IMPOSSIBILE

<b>DEAMBULAZIONE</b>		NORMALE
		DIFFICOLTOSA
		IMPOSSIBILE

### PRESENZA di:

- PROTESI:**     ACUSTICHE     VISIVE     DENTARIE     ARTI SUP./INF.
- CATETERE VESCICALE TIPO:** ..... N. .... sostituito il: .....
- PANNOLONE**
- STOMIE TIPO:** .....
- DRENAGGI TIPO:** .....
- ACCESSO VENOSO PERIFERICO**
- ACCESSO CENTRALE TIPO:** ..... Posizionato il: .....
- MODALITÀ LAVAGGIO:** .....
- CATETERISMO EPIDURALE:** .....
- NUTRIZIONE ENTERALE, TRAMITE - SNG** Posizionato il: .....
- PEG** Posizionato il: ..... da sostituire: .....
- OSSIGENOTERAPIA**
- SECREZIONI BRONCHIALI DA ASPIRARE**

Data .....

FIRMA

# SEDE E STADIO DELLE LESIONI DA DECUBITO

DECUBITI:

 SI

 NO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO (INDICE NORTON) = ...../16

● SEDE .....

● STADIO .....

● SEDE ..... ESTENSIONE X cm .....

● SEDE .....

● STADIO .....

● SEDE ..... ESTENSIONE X cm .....

● SEDE .....

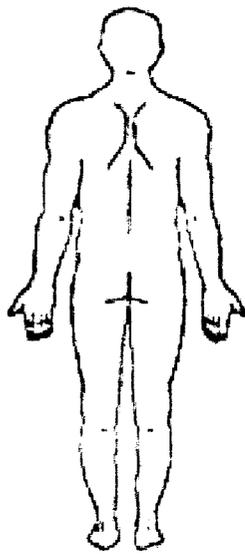
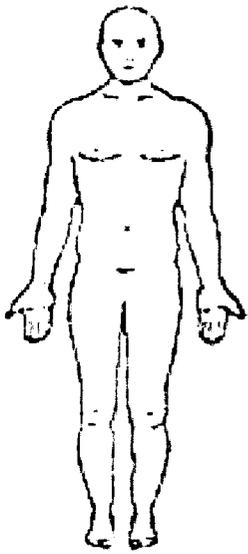
● STADIO .....

● SEDE ..... ESTENSIONE X cm .....

● SEDE .....

● STADIO .....

● SEDE ..... ESTENSIONE X cm .....



COLLABORAZIONE DI CAREGIVER

 NO

 SI QUALIFICA .....

 MATTINA

 POMERIGGIO

 NOTTE

 AI PASTI

RAY SCORE: ..... / 70

.....  
L'INFERMIERE

.....  
(FAMILIARE)



## VALUTAZIONE MEDICA

---

---

---

---

## DIAGNOSI DI DIMISSIONE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## TERAPIA DOMICILIARE

01		08	
02		09	
03		10	
04		11	
05		12	
06		13	
07		14	

## PROPOSTE

---

---

---

---

---

Il Medico Dirigente

( Dr. .... )

Il Direttore U.O.

( Dr. .... )

Nome e cognome ..... data ..... letto .....

Data / sigla	Diagnosi infermieristiche	Obiettivi	Interventi	Schede accessorie	Valutazione alla dimissione	Firma
	<input type="checkbox"/> <b>Potenziale rischio di complicanze</b> <input type="checkbox"/> infettive <input type="checkbox"/> occlusive <input type="checkbox"/> da malposizionamento <input type="checkbox"/> emorragiche <b>nelle procedure diagnostico-terapeutiche</b>	<input type="checkbox"/> minimizzare il rischio	<input type="checkbox"/> applicare e gestire la procedura/protocollo <input type="checkbox"/> informare paziente/famiglia			
	<input type="checkbox"/> <b>Deficit di conoscenze relative alla gestione di:</b> <input type="checkbox"/> medicazioni <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> presidi/apparecchiature <input type="checkbox"/> terapia <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> familiare	<input type="checkbox"/> che il paziente e/o il familiare abbiano compreso <input type="checkbox"/> che il paziente sia in grado autonomamente di <input type="checkbox"/> che il paziente e/o il familiare collabori ai trattamenti	<input type="checkbox"/> informare <input type="checkbox"/> educare <input type="checkbox"/> addestrare <input type="checkbox"/> utilizzare strumenti informativi specifici <input type="checkbox"/> verificare che l'esecuzione e/o la comprensione sia corretta <input type="checkbox"/> provvedere per la fornitura di presidi e dispositivi necessari per la dimissione			
	<input type="checkbox"/> <b>Dolore dovuto a:</b> <input type="checkbox"/> post-operatorio <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> procedure <input type="checkbox"/> patologia cronica benigna <input type="checkbox"/> patologia neoplastica <input type="checkbox"/> immobilità/posizione obbligata <input type="checkbox"/> diffuso <input type="checkbox"/> localizzato	<input type="checkbox"/> che il paziente controlli il proprio dolore <input type="checkbox"/> che il paziente non presenti dolore	<input type="checkbox"/> monitoraggio del dolore: sede, intensità, tipo e durata. <input type="checkbox"/> somministrare farmaci prescritti e verificare l'esito <input type="checkbox"/> assicurare comfort			

Nome e cognome .....

data .....

letto .....

Data / sigla	Diagnosi infermieristiche	Obiettivi	Interventi	Schede accessorie	Valutazione alla dimissione	Firma
	<input type="checkbox"/> Potenziale rischio di complicanze <input type="checkbox"/> infettive <input type="checkbox"/> occlusive <input type="checkbox"/> da malposizionamento <input type="checkbox"/> emorragiche <b>nelle procedure diagnostico-terapeutiche</b>	<input type="checkbox"/> minimizzare il rischio   	<input type="checkbox"/> applicare e gestire la procedura/protocollo <input type="checkbox"/> informare paziente/famiglia   			
	<input type="checkbox"/> <b>Deficit di conoscenze relative alla gestione di:</b> <input type="checkbox"/> medicazioni <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> presidi/apparecchiature <input type="checkbox"/> terapia <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> familiare .....	<input type="checkbox"/> che il paziente e/o il familiare abbiano compreso  <input type="checkbox"/> che il paziente sia in grado autonomamente di .....  <input type="checkbox"/> che il paziente e/o il familiare collabori ai trattamenti  <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> informare ..... <input type="checkbox"/> educare ..... <input type="checkbox"/> addestrare ..... <input type="checkbox"/> utilizzare strumenti informativi specifici ..... <input type="checkbox"/> verificare che l'esecuzione e/o la comprensione sia corretta <input type="checkbox"/> provvedere per la fornitura di presidi e dispositivi necessari per la dimissione <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			
	<input type="checkbox"/> <b>Dolore dovuto a:</b> <input type="checkbox"/> post-operatorio <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> procedure <input type="checkbox"/> patologia cronica benigna <input type="checkbox"/> patologia neoplastica <input type="checkbox"/> immobilità/posizione obbligata <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> diffuso <input type="checkbox"/> localizzato .....	<input type="checkbox"/> che il paziente controlli il proprio dolore <input type="checkbox"/> che il paziente non presenti dolore  <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> monitoraggio del dolore: sede, intensità, tipo e durata. <input type="checkbox"/> somministrare farmaci prescritti e verificare l'esito <input type="checkbox"/> assicurare comfort <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			

Apporre la propria sigla alla fine di ogni problema pianificato.