V Congresso Nazionale COMLAS

Genova 8-11 novembre 2006

CARTELLA CLINICA INTEGRATA E LA GESTIONE DEL RISCHIO

DIREZIONE DI PRESIDIO – U.F.C. MEDICINA LEGALE
SERVIZIO INFERMIERISTICO

Raffaella Giannini

IL CONTESTO

INTENSITA' DI CURE E LOGISTICA

INTEGRAZIONE

DEFINIZIONE PROFILI PROFESSIONALI

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

ALCUNE DEFINIZIONI “STORICHE”

“ La verbalizzazione dell’attivita’ propria del reparto ospedaliero”

“ The medical record is the who, what, when and how patient care during hospitalization”

NUOVE ESIGENZE
NUOVA DEFINIZIONE

La cartella clinica è il principale STRUMENTO DI LAVORO comune alle varie figure professionali che intervengono sul paziente, finalizzato alla realizzazione del progetto di cura

Nuovi ruoli per ospedali per Intensità di Cura - Medici ed Infermieri

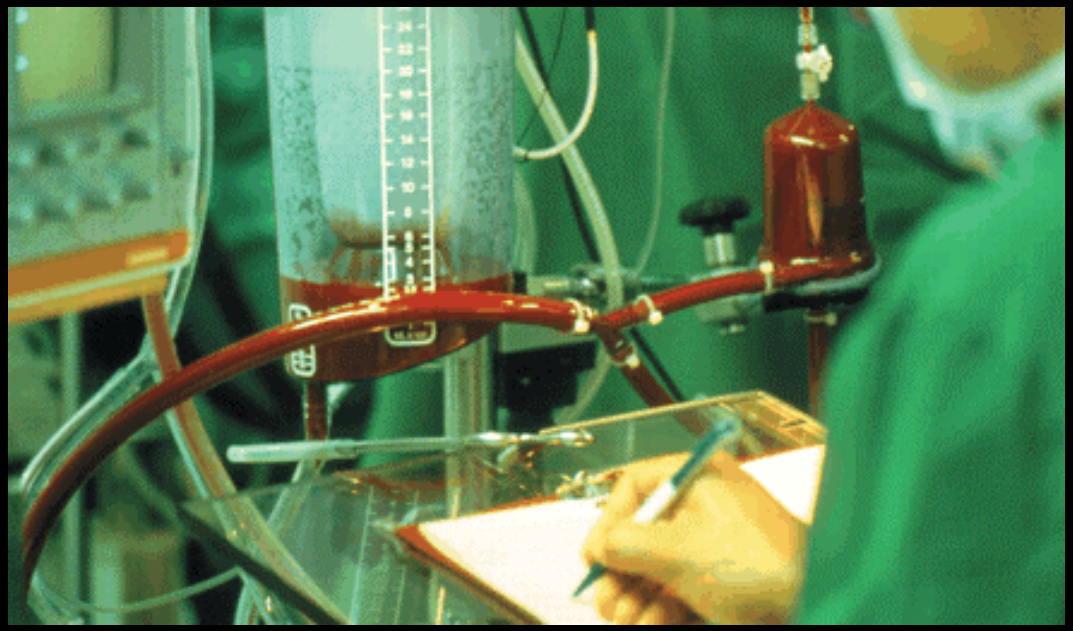
- **S**ISTEMA
- **I**NTEGRATO
- **O**SPEDALIERO
- **R**EGIONALE

REVISIONE COMPLETA DELLA LOGISTICA

INTENSITÀ DI CURE :

- necessità di strumenti di lavoro funzionali al nuovo modello organizzativo che va oltre la visione organo-centrica **STRUTTURANDOSI PER AREE FUNZIONALI**

INTENSITA' DI CURE



INTENSITA' 1: terapie intensive e subintensive

INTENSITA' 2: aree medica, chirurgica, materno infantile

INTENSITA' 3: area dei post acuti

INTEGRAZIONE NON SOLO FRA I PROFESSIONISTI DEL PRESIDIO MA ANCHE CON LE FIGURE SOCIOSANITARIE CHE SEGUONO IL PAZIENTE SUL TERRITORIO

DEFINIZIONE PROFILI PROFESSIONALI

- Responsabile di Area
- Direttore di Unità Operativa
- Infermiere Coord. di Area
- Infermiere Coord. di Setting
- Medico Tutor
- Infermiere

GESTIONE RISCHIO CLINICO ASL 3 PISTOIA

USL 3

Il modello organizzativo aziendale

Clinical Risk Manager
Dott. Giuseppe Pettinà

Claims Manager
Dott.Raffaella Giannini

Patient Safety Manager
Dott. Ivano Cerretini

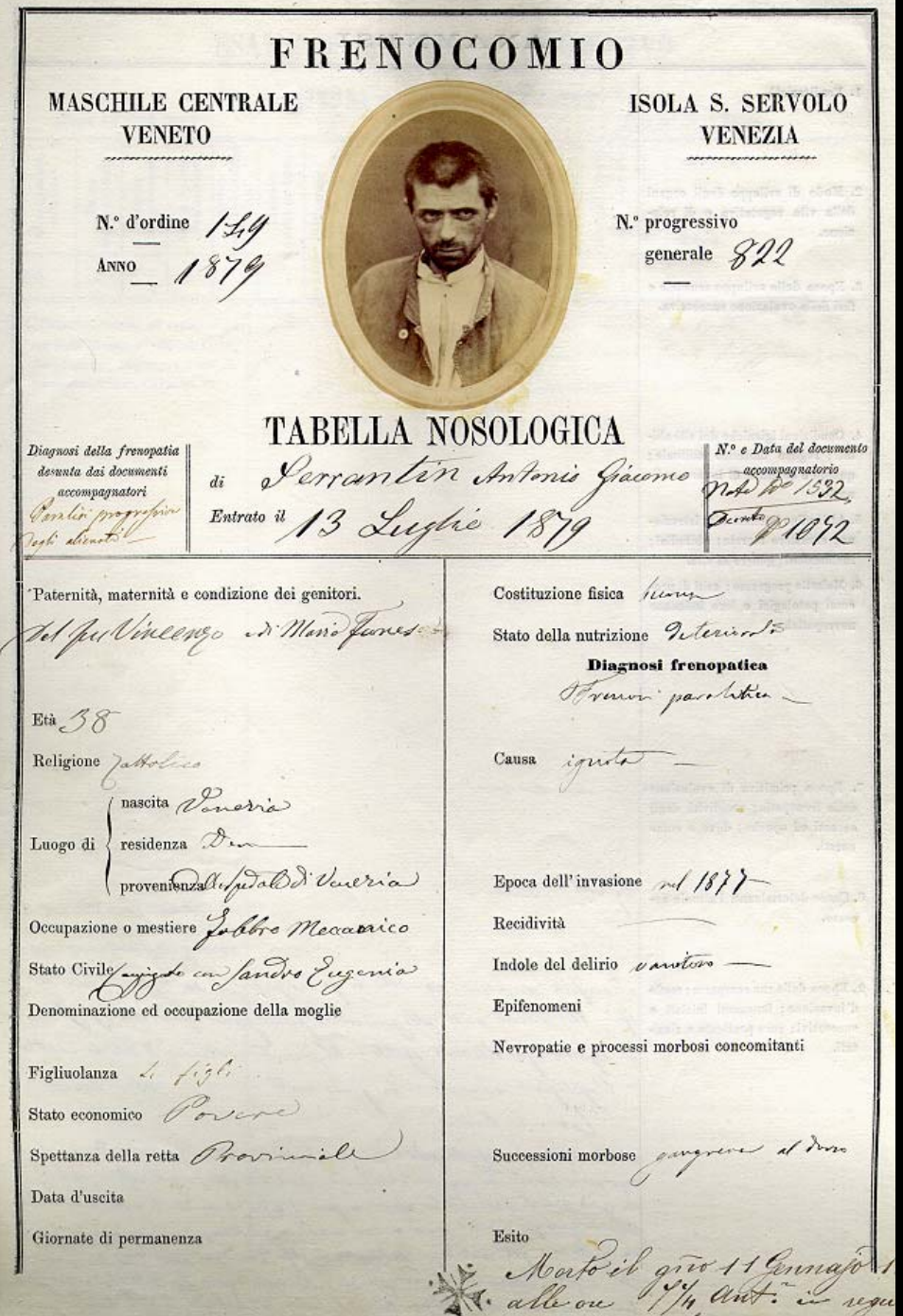
Comitato GRC
Aziendale

Gruppo di Lavoro GRC
Aziendale

FACILITATORI GRC

Strutture Organizzative

LE SOLUZIONI “PRECONFEZIONATE” SPESSO NON DECOLLANO E NON RISPONDONO ALLE ESIGENZE OPERATIVE…



FRENOCOMIO

MASCHILE CENTRALE VENETO

ISOLA S. SERVOLO VENEZIA

N.° d'ordine 149

ANNO 1879

N.° progressivo generale 822

TABELLA NOSOLOGICA

Diagnosi della frenopatia desunta dai documenti accompagnatori: Paralisi progressiva degli alienati

di Serrantin Antonio Giacomo

Entrato il 13 Luglio 1879

N.° e Data del documento accompagnatorio: Nota N.° 1532, Decreto N.° 1072

Paternità, maternità e condizione dei genitori. del fu Vincenzo e di Maria Fornes

Età 38

Religione Cattolica

Luogo di nascita Venezia; residenza Dem; provenienza Ospedale di Venezia

Occupazione o mestiere Fabbro Meccanico

Stato Civile Coniugato con Sandro Eugenia

Denominazione ed occupazione della moglie

Figliuolanza 4 figli

Stato economico Povero

Spettanza della retta Provinciale

Data d'uscita

Giornate di permanenza

Costituzione fisica buona

Stato della nutrizione deteriorata

Diagnosi frenopatica: Frenosi paralitica

Causa ignota

Epoca dell'invasione nel 1877

Recidività

Indole del delirio vanitoso

Epifenomeni

Nevropatie e processi morbosi concomitanti

Successioni morbose gangrena al dorso

Esito: Morto il gno 11 Gennajo 1 alle ore 7¼ Ant.e in segu

La documentazione sanitaria e la normativa che la regolamenta sono rimaste quelle degli anni ’60: c’era bisogno di uno strumento al passo con i tempi…

…COSI' ABBIAMO PENSATO DI PROGETTARE INSIEME LO STRUMENTO DI LAVORO COMUNE

- Facendo tesoro della esperienza di tutte le professionalità coinvolte
- Aprendoci reciprocamente al dialogo e all'ascolto delle esigenze e delle proposte di tutti
- Mettendo da parte le nostre resistenze

INNANZITUTTO CI SIAMO FORMATI…

La Direzione di Presidio ha organizzato un Corso di Formazione CEREF rivolto ai clinici (RAQ), agli infermieri, ai medici legali, durante il quale si sono formati gruppi di lavoro aperti

DOPO IL CORSO CI SIAMO RIUNITI… MOLTE VOLTE …..

L’esperienza dei gruppi di lavoro è stata condivisa in una serie di incontri durante i quali sono state discusse collegialmente tutte le criticita’

INFINE ABBIAMO “PARTORITO” …

La nostra bozza di cartella clinica integrata, più volte rivista e corretta in base alle osservazioni ed alle esigenze di tutti gli operatori coinvolti

IL PROTOTIPO DELLA CARTELLA INTEGRATA E' STATO PRIMA SPERIMENTATO SUL CAMPO…

Sono state utilizzate circa 100 CCI (30 nei reparti di ortopedia e chirurgia, 20 nel reparto di ostetricia e ginecologia, 10 nei reparti di urologia e ORL)

LE CARTELLE UTILIZZATE SONO STATE VALUTATE DAL PUNTO DI VISTA QUALITATIVO E MEDICO LEGALE…

E’ stata utilizzata la griglia di valutazione elaborata dalla UFC Medicina Legale AD HOC.

PROGETTO CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Obiettivi	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 07
Corso di formazione CEREF												
Incontri gruppi di lavoro												
Sintesi del lavoro svolto e presentazione												
Sperimentazione												
Valutazione cartelle												
Stampa bozza definitiva												
Elaborazione documento aziendale												
Utilizzo di routine												

AZIENDA U.S.L. 3 DI PISTOIA
ZONA DELLA VALDINIEVOLE
OSPEDALE SS. Cosma e Damiano
AREA CHIRURGICA

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

DATI SINTETICI

U.O.....

Letto n°.....

AMMISSIONE____/____/____

DIMISSIONE____/____/____

CODICE OSPEDALE_____ TIPO RICOVERO_____
NUMERO RICOVERO_____
DATA RICOVERO_____ ORE_____
REPARTO_____
COGNOME_____
NOME_____
LUOGO DI NASCITA_____
DATA NASCITA_____ SESSO_____
CITTADINANZA_____
MATRICOLA_____
RESIDENZA_____
DOMICILIO_____
TELEFONO_____ ASL_____
REGIONE_____
MEDICO PROPONENTE_____
CODICE SANITARIO_____
CODICE FISCALE_____
STATO CIVILE_____
PROFESSIONE_____
MEDICO PROPONENTE_____
DIAGNOSI_____

LINGUA MADRE.....
MEDICO CURANTE:.....
RECAPITO TELEFONICO CURANTE:.....
INVALIDITA' CIVILE: ☐ SI ☐ NO
PERSONA/E REFERENTE/I.....
.....
.....
TIPO DI RELAZIONE.....
DOMICILIO.....
RECAPITO TELEFONICO.....
.....
.....

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

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

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE:

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

TERAPIA PRATICATA:

☐ MEDICA.....
.....
☐ CHIRURGICA.....
.....
.....
.....

ESITO: ☐ DIMESSO AL DOMICILIO
☐ TRASFERITO IN ALTRO REPARTO:
U.O.....
☐ DECEDUTO riscontro diagnostico ☐ SI ☐ NO
☐ DIMISSIONE VOLONTARIA
☐ TRASFERITO IN ALTRO OSPEDALE

FRONTESPIZIO:

- DATI SINTETICI DEL RICOVERO

STORIA CLINICA

ANAMNESI FAMILIARE

Padre: ☐ vivente ☐ deceduto all'età di.....a causa di.....

Madre: ☐ vivente ☐ deceduta all'età di.....a causa di.....

Collaterali.....

ANAMNESI PERSONALE

FISIOLOGICA Nato a termine: ☐ SI ☐ NO Parto eutocico: ☐ SI ☐ NO

Mestruazioni: menarca.....caratteri.....

menopausa..... gravidanze.....aborti/IVG.....

Fumatore: ☐ SI ☐ NO Alcolici: ☐ SI ☐ NO

PATOLOGICA REMOTA

Malattie congenite e dell'infanzia:.....

Malattie dell'età adulta: ☐ SI ☐ NO

.....

.....

Precedenti interventi chirurgici: ☐ SI ☐ NO

.....

.....!

Allergie: ☐SI: a farmaci ☐ ad alimenti☐ altro☐ ☐NO

.....

.....

Terapie mediche in corso: ☐ SI ☐ NO

.....

.....

PATOLOGICA PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

PERCORSO ELEZIONE.

INTERVENTO CHIRURGICO.....

LATO (ove indicato): ☐ **DESTRO** ☐ **SINISTRO**

PROGRAMMATO IL..... DA (firma medico).....

- **ANAMNESI**
- **ALLERGIE IN EVIDENZA**
- **INDICAZIONE CHIRURGICA, SEDE E LATO**

ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO

Raccordo anamnestico per paziente in elezione.....

.....

.....

Esame obiettivo generale: .....

.....

.....

Apparato respiratorio: .....

.....

.....

Apparato cardiovascolare: .....

.....

.....

Apparato digerente: .....

.....

.....

Sistema nervoso: .....

.....

.....

☐ **PAZIENTE IN ELEZIONE**

STATO LOCALE : .....

.....

VALUTAZIONE CLINICA: .....

.....

INTERVENTO CHIRURGICO PROGRAMMATO (ELEZIONE): .....

.....

LATO (ove indicato): ☐ **DESTRO** ☐ **SINISTRO** PROGRAMMATO PER IL ...../...../.....

☐ **PAZIENTE ACCETTATO DAL PRONTO SOCCORSO** ☐ **OSSERVAZIONE**

MOTIVO DEL RICOVERO.....

.....

FIRMA DEL MEDICO CHE ACCETTA IL PAZIENTE

.....

- **RACCORDO ANAMNESTICO**
- **ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO**
- **CONFERMA INTERVENTO, SEDE E LATO**

PAZIENTE SIG./RA..... LETTO N°.....

MOTIVO DEL RICOVERO.....

ACCERTAMENTO DELLO STATO GENERALE (A.S.G.O.)

1 STATO MENTALE	Data				
1. Lucido e orientato "Contatto pieno con l'ambiente"					
2. Lucido con facile disorientabilità "Leggero rallentamento di reazione"					
3. Episodi brevi di confusione "Pensiero rallentato "Vuoti di memoria" *(MMS)*					
4. Episodi marcati di confusione "Frequente perdita di memoria" *(MMS)*					
5. Stato confusionale "Reazioni rallentate "Grave perdita di memoria" *(MMS)*					
6. Non contatto con l'ambiente "Non risponde a stimoli"					
7. Pre-coma "Coma (scala di misura del coma)"					
8. Altro:					
2 SPOSTAMENTO\DEAMBULAZIONE	**Data**				
1. Movimento completo e autonomo "Supera ostacoli (gradini, ecc..)"					
2. Cammina con ausili (anche scale) "Si alza dal letto senza aiuto"					
3. Cammina sorretto "Si alza con l'aiuto diretto di una persona"					
4. Con carrozzina "Si sposta autonomamente "Anche letto-sedia"					
5. Con carrozzina "Si sposta con aiuto diretto "Non si alza"					
6. Allettato "Cambia posizione "Mantiene la postura"					
7. Allettato "Non mantiene la postura (scivola, cade di lato, ecc.)"					
8. Altro:					
3 CIRCOLAZIONE	**Data**				
1. Completa "Adeguata"					
2. Ipotensione ortostatica (anche per lievi cambi di postura)					
3. Estremità fredde "Cianotiche "Reattive a lievi cambi di temperatura"					
4. Edemi declivi "Gonfiore stabile o temporaneo piedi/gambe"					
5. Fatica "Spossatezza "Vertigini nei movimenti"					
6. Eritema persistente in zona-rischio di ulcerazione					
7. Ulcerazioni cutanee (*Inserire mappa corporea*)					
8. Altro:					
4 RESPIRAZIONE	**Data**				
1. Libera "Adeguata"					
2. Bassa tolleranza allo sforzo (mancanza rapida di respiro)					
3. Limitata "Con vincolo di postura (manca respiro se supino)"					
4. Limitata "Con ossigeno "Tosse notturna-inefficace"					
5. Tracheostomia "Tracheotomia"					
6. Ventilazione assistita meccanica con comando del soggetto					
7. Ventilazione meccanica totale "Automatica"					
8. Altro:					
5 ELIMINAZIONE (CONTROLLO SFINTERI)	**Data**				
1. Integro "Completo "Adeguato"					
2. Incontinenza urinaria occasionale "Controllo limitato"					
3. Incontinenza urinaria completa "Permanente *(scheda classificazione)*					
4. Incontinenza fecale occasionale "Controllo limitato"					
5. Incontinenza fecale completa "Permanente"					
6. Ritenzione urinaria "Catetere vescicale"					
7. Portatore di stomia (specificare)					
8. Altro:					

[1] Mini Mental State – test di verifica dello stato mentale

SCHEDA INFERMIERISTICA

- (ASGO)

6	ALIMENTAZIONE	Data				
1.	Libera "Completa"					
2.	Masticazione limitata "Assente"					
3.	Deglutizione difficile "Dolorosa"					
4.	Ulcerazioni "Infezioni della bocca"					
5.	Solo con assistenza diretta (posizionare e imboccare)					
6.	Nutrizione enterale da stoma/Sondino gastrico"					
7.	Nutrizione parenterale totale					
8.	Altro:					
7	**SONNO/VEGLIA**	**Data**				
1.	Regolare "Adeguato "Riposante"					
2.	Frequenti risvegli (senza altre cause) "Non riposante"					
3.	Sonno ritardato "Risveglio anticipato-senso di stanchezza"					
4.	Risvegli frequenti (per tosse, minzione, dolore) "Non riposante"					
5.	Sonno con episodi di apnea, rumore respiratorio, crampi/spasmi					
6.	Sonno favorito da routine fisse (uso di bevande, percorsi, luoghi)					
7.	Sonno indotto da farmaci (non occasionale/uso sistematico)					
8.	Altro:					
8	**SENSORIO**	**Data**				
1.	Integro "Adeguato "Sufficiente"					
2.	Ipoacusia compensata (anche con protesi acustiche)					
3.	Sordità completa bilaterale					
4.	Deficit visivo, anche compensato (con lenti, occhiali)					
5.	Cecità completa bilaterale					
6.	Dolore					
7.	Percezione alterata/ridotta delle superfici (pavimento, ...)					
8.	Altro:					
9	**CURA DI SE'**	**Data**				
1.	Completa "Adeguata "Controllo adeguato dei movimenti necessari"					
2.	Si veste e si lava solo in parte (non calze, scarpe, non dorso, piedi...)					
3.	Veste solo se giacche aperte "Provvede alla cura del viso e delle mani"					
4.	Non veste "Solo pulizia viso e mani se seduto (non sì pettina)"					
5.	Semplici movimenti di supporto "Scarso controllo degli oggetti"					
6.	Assecondà con semplici movimenti l'azione di assistenza					
7.	Nessuna capacità "Assenza di azioni"					
8.	Altro:					
10	**UMORE PREVALENTE**	**Data**				
1.	Stabile "Controllato "Coerente con la situazione "Cooperante"					
2.	Senso interiore di tensione "Agitazione motoria "Richieste frequenti"					
3.	Paura "Ansia elevata "Aggressività relazionale"					
4.	Perdita di speranza "Senso di impotenza "Rinuncia"					
5.	Rifiuto della situazione "Rifiutamento"					
6.	Apatia "Tristezza "Desiderio di morte"					
7.	Depressione "Progetti o tentativi di suicidio"					
8.	Altro:					
	SCALA COMPETENZA Paziente/Caregiver (codice ** e specificare se necessario)	**Data**				
1.	Uso di ausili	(.....)				
2.	Terapia prescritta	(.....)				
3.	Dieta/nutrizione	(.....)				
4.	Esercizio fisico	(.....)				
5.	Controllo ansia/tensione	(.....)				
6.	Controllo dolore	(.....)				
7.	Sonno/riposo	(.....)				
8.	Diuresi	(.....)				
9.	Attività intestinale	(.....)				
10.	Altro:	(.....)				

** Indicare con: 1 – **elementare**: esegue su istruzioni semplici e dirette; 2 – **sufficiente**: riconosce modalità, regole di base e rischi; 3 – **adeguata, elevata**: identifica le caratteristiche e usa comportamenti evoluti di gestione.

Accoglienza del paziente effettuata da.....

SCHEDA INFERMIERISTICA

- (ASGO)

ASPETTI DA CONSIDERARE PER L'ASSISTENZA DI BASE (1)	ASPETTI PER VALUTAZIONE APPROFONDITA (2)

BISOGNO DI ASSISTENZA (3)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) Aspetti riferiti a limitazioni funzionali/cognitive che richiedono assistenza di base

(2) Elementi di possibile bisogno che richiedono ulteriore accertamento da parte dell'infermiere "competente" per eventuale assistenza avanzata.

(3) Profilo assistenziale finale che esprime il "giudizio di bisogno" per il quale il paziente dovrà essere assistito con apposito programma di "assistenza avanzata".

Firma dell'infermiere referente.....

▪ VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE

■ **ACCOGLIENZA**

INFORMAZIONI DI ACCOGLIENZA IN REPARTO FORNITE A: ☐ PAZIENTE ☐ CONGIUNTI

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI: ☐ SI (come da scheda allegata) ☐ NO

AUTORIZZAZIONE INFORMAZIONE A TERZI: ☐ SI (come da scheda allegata) ☐ NO

FIRMA INFERMIERE CHE ACCETTA .....

■ **COLLOQUIO INFORMATIVO PROPEDEUTICO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO (CONSEGNA SCHEDA INFORMATIVA)**

DATA COLLOQUIO:...../...../.....

☐ in fase di ricovero

☐ durante una visita ambulatoriale (elezione)

☐ in preospedalizzazione

FIRMA MEDICO .....

■ **ESPRESSIONE DI VOLONTA' DEL PAZIENTE (CONSENSO INFORMATO)**

☐ ACQUISITA IL: ..../...../.....come da scheda allegata

☐ PAZIENTE INCAPACE A CONSENTIRE, NON INTERDETTO NE' INABILITATO

SEGNALAZIONE GIUDICE TUTELARE: ☐ SI (allegata)

FIRMA MEDICO .....

Eventuali osservazioni o richieste del paziente:.....

.....

.....

DIMISSIONE VOLONTARIA – Motivazioni: .....

.....

Il sottoscritto, informato circa i possibili rischi per la propria salute derivanti dalla dimissione volontaria, decide in piena consapevolezza di lasciare il reparto contro il volere dei sanitari.

Firma del paziente:.....

CHECK LIST DI VERIFICA	
☐ ANAMNESI	☐ ASGO
☐ ESAME OBIETTIVO	☐ GRAFICA
☐ CONSENSO DATI SENSIBILI	☐ REFERTO OPERATORIO
☐ CONSENSO INTERVENTO	☐ DIAGNOSI DIMISSIONE
☐ DIARIO CLINICO INTEGRATO	☐ LETTERA DIMISSIONE
☐ SCHEDA TERAPEUTICA	☐ SDO
FIRMA CAPOSALA	

FIRMA DEL MEDICO DI REPARTO

.....

FIRMA DEL DIRETTORE DI U.O.

.....

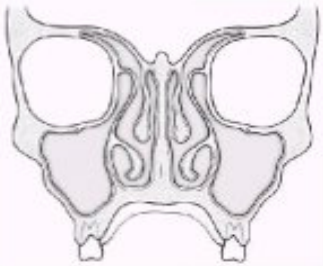
- **SEZIONE INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE**
- **CONSENSO INFORMATO**
- **DIMISSIONE VOLONTARIA**
- **CHECKLIST DI VERIFICA DELLA COMPLETEZZA**

ASL 3 DI PISTOIA
Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia
S.A. ORL
Dirigente: Dott. Giovanni Panattoni

ESAME OBIETTIVO ORL

ORECCHIO

NASO



FARINGE

LARINGE

COLLO

ALTRE SEDI

- **SCHEDE SEPARATE PER ESAMI OBIETTIVI SPECIALISTICI**

ASL 3 di PISTOIA Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia – **AREA CHIRURGICA**

NOME_____ COGNOME_____ N° LETTO_____

data																																				
GG di degenza																																				
	ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
temperatura	41°																																				
	40°																																				
	39°																																				
	38°																																				
	37°																																				
Pressione Arteriosa		h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:		
		h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:			h:		
Polso																																					
Diuresi																																					
Drenaggio 1																																					
Drenaggio 2																																					
Drenaggio 3																																					
Drenaggio 4																																					
Drenaggio 5																																					
SNG																																					
Splint 1																																					
Splint 2																																					
Evacuazioni / S. R.																																					
		8			18			8			18			8			18			8			18			8			18			8			18		
Stick Glicemici		12			22			12			22			12			22			12			22			12			22			12			22		
		16						16						16						16						16						16					
Alimentazione:																																					
Esami ematochimici		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico	
Esami strumentali		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico		Prescrizione				Sigla medico	

GRAFICA SU SEI GIORNI

NOME…… COGNOME…… LETTO N……

DATA	DIARIO CLINICO	FIRMA	DIARIO INFERMIERISTICO	FIRMA	CONSULENZE	FIRMA
M						
P						
S/N						

VISIONE SINOTTICA DEGLI INTERVENTI DELLE VARIE PROFESSIONALITA’

ASL 3 di PISTOIA

Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia

AREA CHIRURGICA

U.O. CHIRURGIA – SEZ. DONNE

= Prescrizione
= Infusione continua
= Sospensione + firma medico
= Somministrazione

Ø = Non somministrato
1 Rifiuto del paziente
2 Digiuno
3 Assenza
4 Vomito
5 Altro (nelle note)

Cognome e Nome	Data di nascita	Letto	Allergie segnalate			Allergie documentate		
			Data..../..../....	Data..../..../....	Data..../..../....	Data..../..../....	Data..../..../....	Data..../..../....
Farmaco, dosaggio e forma (sigla dose)	Data inizio	Firma medico	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...
ENDOVENA								
	Sigla infermiere							
ALTRO/VARIE								
	Sigla infermiere							
Note o giornata operatoria								

SCHEDA TERAPEUTICA UNICA MODULATA SULLA DEGENZA MEDIA OSPEDALIERA DI 6 GIORNI

ASL 3 di PISTOIA

Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia

AREA CHIRURGICA

U.O. CHIRURGIA – SEZ. DONNE

= Prescrizione
= Infusione continua
= Sospensione + firma medico
= Somministrazione

Ø = Non somministrato
1 Rifiuto del paziente
2 Digiuno
3 Assenza
4 Vomito
5 Altro (nelle note)

Cognome e Nome	Data di nascita	Letto	Allergie segnalate			Allergie documentate		
			Data..../..../.....	Data..../..../.....	Data..../..../.....	Data..../..../.....	Data..../..../.....	Data..../..../.....
Farmaco, dosaggio e forma (sigla dosaggio) per ...	Data inizio	Firma medico	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...	... 6 8 14 18 22 ...
ORALE								
	Sigla infermiere							
SOTTOCUTE								
GLICEMIA								
	Sigla infermiere							
INTRAMUSCOLO								
	Sigla infermiere							
	Note o giornata operatoria							

SELEZIONE DI COLORI DIVERSI PER CIASCUNA SPECIALITA' AFFERENTE ALL'AREA CHIRURGICA

ASL 3 DI PISTOIA - Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia COGNOME……NOME…… Letto n°……

Data	Esami ematochimici	Esecuzione	Etichetta	Firma	Esami strumentali	Esecuzione/ Prenotazione	Ritiro referto	Firma

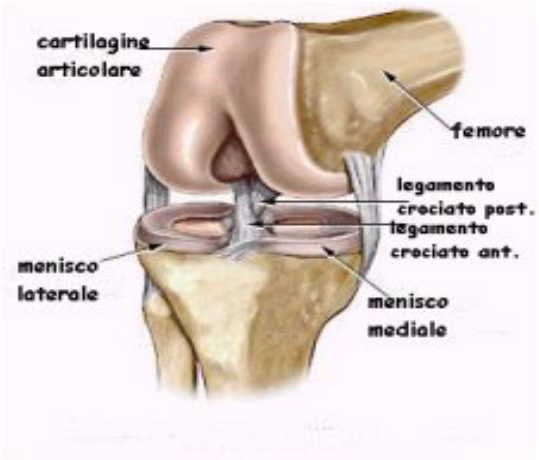
TRACCIABILITA' DELLE RICHIESTE DI ESAMI DI LABORATORIO ED ACCERTAMENTI STRUMENTALI

USL 3 DI PISTOIA - ZONA VALDINIEVOLE
U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINTESI INFORMATIVA SU ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO

L'artroscopia è una procedura frequentemente utilizzata per il trattamento di varie patologie articolari, in particolare del ginocchio. Il ginocchio è un'articolazione complessa, costituita da:

- elementi ossei (estremità inferiore del femore ed estremità superiori di tibia e perone, rotula);



- elementi cartilaginei (i menischi laterale e mediale, che si interpongono come due cuscinetti tra femore e tibia, ed il sottile strato cartilagineo che riveste le superfici articolari di femore, tibia e rotula e che ne permette il reciproco scorrimento durante il movimento);
- legamenti che hanno la funzione di stabilizzare l'articolazione (i più importanti sono il legamento crociato anteriore, legamento crociato posteriore, collaterale mediale, collaterale laterale);
- una capsula costituita da tessuto connettivo (la capsula articolare), che ha funzione protezione e la cui superficie interna è rivestita da una membrana (sinovia) che produce del liquido particolare (liquido sinoviale) che agisce come lubrificante.

L'artroscopia viene spesso effettuata a scopo diagnostico: in tal caso, qualora il chirurgo riscontri una lesione meritevole di trattamento, procederà, nell'interesse del paziente, alla sua riparazione. L'artroscopia trova inoltre indicazione in una serie di patologie articolari:

- degenerazione delle cartilagini (tibiale, femorale o rotulea) dovuta a processi di invecchiamento o a piccoli traumi ripetuti (perforazione, shaving ecc.);
- presenza di frammenti cartilaginei liberi (che determinano attrito ed ostacolano lo scorrimento delle superfici articolari);
- lesioni dei menischi (asportazione delle zone lese o sutura);
- lesioni dei legamenti con conseguente instabilità del ginocchio, rischio di nuovi traumi e maggiore usura dei menischi: le lesioni del legamento crociato anteriore vengono riparate in artroscopia eseguendo una plastica con tessuto prelevato dal tendine rotuleo (unitamente a due frammenti ossei della rotula e della tibia) o usando alcuni tendini della regione posteriore del ginocchio (gracile e semitendinoso) e fissando il nuovo legamento alla tibia con mezzi di sintesi riassorbibili e non, che vengono lasciati in situ;
- abnorme lassità della rotula;
- malattie della membrana sinoviale (es. 'plica sinoviale') che determinano infiammazione articolare, aumentata produzione di liquido ('versamento') e gonfiore.

La sintomatologia conseguente alle suddette lesioni può attenuarsi mediante adeguata terapia medica e fisioriabilitativa, pertanto l'intervento chirurgico in alcuni casi può essere rimandato. Se le lesioni non vengono riparate, tuttavia, si può verificare con l'andare del tempo un peggioramento della situazione anatomica locale con danno talora irreversibile ed aggravamento della sintomatologia (dolore, gonfiore, limitazione funzionale).

PROCEDURA CHIRURGICA

L'intervento viene eseguito in anestesia (generalmente spinale o loco-regionale) mediante uno speciale dispositivo detto "artroscopio", costituito da un lungo tubicino del diametro di una cannuccia da bibite, dotato di una lente di ingrandimento e collegato ad una telecamera, che consente al chirurgo di visualizzare il campo operatorio. Dopo l'induzione dell'anestesia e la disinfezione della cute si praticano 3-4 piccole incisioni e si introduce del liquido in cavità articolare. Attraverso le suddette incisioni vengono

- **ALLEGATI : SCHEDE PER ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEFINITE SULLE SINGOLE PROCEDURE CHIRURGICHE**

AZIENDA USL3 PISTOIA - ZONA VALDINIEVOLE
Ospedale SS. Cosma e Damiano
U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Giuseppe Maffei
Via Cesare Battisti - 51017 Pescia (PT)
Tel. 0572 / 4601

COMUNICAZIONE INFORMATIVA

Oggetto: informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgsv. N. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Richiesta di consenso al trattamento, ai sensi dell' art. 26 del D. Lgsv. N. 196 del 30/06/2003.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgsv. 196/03, si informa la S.V. che a seguito della richiesta pervenuta alla U.O. Ortopedia, la S.V. sarà sottoposta a visita medica, prelievi ematici, accertamenti diagnostici ed ad ogni altra procedura ritenuta opportuna per inquadrare il Suo problema di salute al fine di definire il percorso clinico-diagnostico-terapeutico più opportuno. Successivamente alla predetta visita la U.O. sarà in possesso dei seguenti suoi dati personali:

a) dati anagrafici;
b) dati anamnestici e clinici personali e familiari raccolti durante la visita ivi compresi i dati relativi allo stato professionale e le risultanze dell'esame clinico-obiettivo;
c) dati contenuti in documentazione medica esibita o risultanti da accertamenti sanitari richiesti nel corso della visita medica.

Tali dati sono oggetto di trattamento da parte del personale medico ed assistenziale del reparto di degenza, nonchè del personale di segreteria con modalità manuale e computerizzata eventualmente per la sola compilazione delle refertazioni e della cartella clinica. Il Responsabile del trattamento è il Dott. Giuseppe Maffei.
Si fa presente che i dati personali sensibili acquisiti durante il contatto presso la nostra struttura e contenuti nella cartella clinica o nella Sua scheda personale una volta effettuata la dimissione, verranno archiviati e custoditi presso l'apposito Ufficio Cartelle Cliniche.
Si precisa che i dati personali sono trattati esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni relative alla effettuazione degli accertamenti concordati per l'inquadramento e trattamento del Suo problema clinico secondo quanto indicato dalla più corretta prassi professionale. Il conferimento di tali dati è perciò obbligatorio. La mancata acquisizione degli stessi comporterebbe l'impossibilità di poterla seguire nel modo più opportuno.
Si precisa inoltre che:

- i trattamenti sopra menzionati riguardano anche i dati definiti "sensibili" ai sensi dell'art. 22 della Legge 675/96 e che tali dati rimarranno in esclusivo possesso della U.O. Ortopedia e non verranno comunicati a terzi se non dietro Sua esplicita richiesta contenente il consenso a tale trasmissione;
- tali dati potranno essere trattati dalla struttura (in forma anonima) nell'ambito di studi scientifici od epidemiologico-statistici per finalità di rilevante interesse pubblico (prevenzione, programmazione sanitaria, monitoraggio epidemiologico, farmacovigilanza ecc.) espressamente previste nell'art. 17 del D. Lgsv. 135/99 e nell'art. 85 del D. Lgsv. 196/2003.

Al fine di poter continuare a trattare i dati personali sopra menzionati, per le finalità e con le modalità indicate, è indispensabile acquisire il consenso esplicito della S.V., mediante firma apposta in calce a questo modello.

- **ALLEGATI : SCHEDE DI AUTORIZZAZIONE ALLA GESTIONE DEI DATI PERSONALI SENSIBILI CON DELEGA DEI SOGGETTI DEPUTATI AD ACQUISIRE INFORMAZIONI**

AZIENDA USL 3 PISTOIA - ZONA VALDINIEVOLE
Ospedale SS. Cosma e Damiano
AREA CHIRURGICA
Via Cesare Battisti - 51017 Pescia (PT)
Tel. 0572 / 4601

Relazione clinica di dimissione

Pescia, li. .....

Si dimette in data odierna il Sig./Sig.ra. .....

Nato il. ..... a. ..... residente a. ..... in via. .....

ammesso in questa U.O. il. ..... Tipologia del ricovero: ☐ elezione ☐ urgenza

Motivo del ricovero:. .....

Diagnosi clinica: .....

.....

Intervento/i chirurgici e/o procedure invasive eseguiti durante il ricovero:. .....

.....

.....

Tipo di anestesia. .....

Esami clinici e strumentali di interesse:. .....

.....

.....

Eventuali complicanze: ☐ NO ☐ SI. .....

.....

Eventuale esame istologico :. .....

.....

Condizioni cliniche alla dimissione :. .....

.....

Prescrizioni terapeutiche :. .....

.....

modalità di somministrazione, orario e posologia come da schema terapeutico allegato.

Consigli, appuntamenti per medicazioni e/o controlli clinici e terapie successive: come da schema allegato.

Firma del medico referente.....

Firma del Direttore di U.O.....

ATTENZIONE:

1) Conservi con cura questo documento e lo esibisca ad ogni successivo controllo.
2) In caso di dubbi, di sintomi che non comprendete o che vi allarmano e che voi ritenete legati all'intervento, mettersi subito in contatto con il nostro Reparto ad uno dei numeri sopra riportati.

RELAZIONE CLINICA DI DIMISSIONE

AZIENDA USL 3 PISTOIA - ZONA VALDINIEVOLE
Ospedale SS. Cosma e Damiano
AREA CHIRURGICA
Via Cesare Battisti - 51017 Pescia (PT)
Tel. 0572 / 4601

Relazione infermieristica di dimissione

Rilevazione dei bisogni assistenziali

ALL'INGRESSO:.....	ALLA DIMISSIONE:.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Condizioni del/della paziente alla dimissione

.....

.....

.....

.....

DOLORE ☐ si ☐ no Sede.....

Condizioni della ferita chirurgica

.....

.....

Indicazioni alla dimissione

.....

.....

Attivazione ADI : ☐ si ☐ no Necessità riabilitazione domiciliare: ☐ si ☐ no

Attivazione servizi sociali : ☐ si ☐ no

Appuntamenti per medicazioni, controlli clinici, terapie mediche e riabilitative come da schema allegato.

Firma infermiere referente.....

- **RELAZIONE INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE**

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Consigli alla dimissione. ……

……

……

……

……

SCHEMA TERAPEUTICO DOMICILIARE

FARMACO	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	ORARIO	DURATA TERAPIA GG

APPUNTAMENTI PER CONTROLLI CLINICI E/O MEDICAZIONI, RITIRO REFERTI

1) Data ……/……/…… ore…… Presso……
2) Data ……/……/…… ore…… Presso……

APPUNTAMENTI PER TERAPIA RIABILITATIVA

1) Data ……/……/…… ore…… Presso……
2) Data ……/……/…… ore…… Presso……
3) Data ……/……/…… ore…… Presso……

ATTIVATO PERCORSO RIABILITAZIONE DOMICILIARE: ☐ SI ☐ NO

ATTIVATA ADI: ☐ SI ☐ NO

1) Data ……/……/…… ore……
2) Data ……/……/…… ore……
2) Data ……/……/…… ore……
3) Data ……/……/…… ore……

Firma del medico referente……

- **SCHEMA TERAPEUTICO DOMICILIARE ALLEGATO ALLA LETTERA DI DIMISSIONE, COMPLETO DI APPUNTAMENTI PER MEDICAZIONI, RIABILITAZIONE ECC.**

QUALCHE RISULTATO IN TEMA DI GRC OTTENUTO ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DI AUDIT CLINICI

- LINEE GUIDA AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO
- LINEE GUIDA AZIENDALI PER LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLA TVP
- PROTOCOLLO CONTA GARZE
- PROTOCOLLO ANTIBIOTICOPROFILASSI
- PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI
- PROTOCOLLO IDENTIFICAZIONE PAZIENTE CHIRURGICO E PREVENZIONE ERRORI DI LATO
- REVISIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA – CARTELLA CLINICA INTEGRATA

I PUNTI FORTI DELLA CCI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- Il frontespizio contiene in maniera ordinata e raccolta tutte le informazioni anagrafiche e socio-sanitarie utili nonché i dati sintetici del ricovero;
- All'accettazione il paziente viene preso in carico sia dal medico che dall'infermiere referente, i quali esprimono le loro valutazioni, ciascuno per le sue competenze.
- Il diario clinico integrato facilita la visione sinottica (a "colpo d'occhio") degli interventi di tutte le figure coinvolte (medici, infermieri, consulenti);

I PUNTI FORTI DELLA CCI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

- La scheda terapeutica unica su 6 giorni evita al medico di riscrivere la stessa terapia (evitando errori di trascrizione) e fa si che l'infermiere abbia consegne chiare, aggiornate e possa registrare in modo agevole la somministrazione;
- La sezione relativa alla comunicazione con il paziente impone la registrazione di tutti gli interventi informativi (dall'accettazione sino alla dimissione) ad opera di tutte le figure coinvolte. Questa sezione rinforza il significato del modulo di consenso informato.
- La lettera di dimissione integrata è uno strumento completo e di agevole utilizzo (completo di scheda terapia domiciliare), semplifica la continuità assistenziale.

PER UNA MEDICINA LEGALE SEMPRE PIU' INTEGRATA NEI PROCESSI GESTIONALI DI CURA A TUTELA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI