

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Si dà avvio, dopo l'uscita del Decreto del 9 ottobre 2006 a firma del dott. Claudio M. Maffei, al percorso di adeguamento all' "adozione di linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della Documentazione Sanitaria, DGR 1212/2004".

Tale progetto, che ci impegnerà per un quinquennio, è stato da noi portato avanti con grande dedizione di tempo e determinazione per la profonda adesione alle motivazioni esposte sulle funzioni fondamentali della cartella clinica, che consiste nella registrazione di tutte le informazioni riguardanti la persona ricoverata, necessarie a garantire: le scelte clinico-assistenziali più appropriate e a favorire l'integrazione di competenze multiprofessionali; la completa e corretta documentazione del quadro clinico, del processo diagnostico-terapeutico e dei risultati conseguiti durante la degenza; la tracciabilità delle responsabilità delle azioni svolte, della loro cronologia e delle modalità della loro esecuzione.

Questo è stato per noi il progetto "madre" propedeutico a tutti gli altri. Appena si creeranno le condizioni, la cartella clinica sarà concepita anche per essere informatizzata.

Si allega tutto il progetto che va dalla fase di avvio/ideazione alla fine dell'anno 2006 alla sua redazione e sperimentazione nel 2011, con l'utilizzo delle Schede Accessorie Identificativa dei Farmaci più importanti maggiormente utilizzati per un uso più consapevole.

 REGIONE MARCHE GIUNTA REGIONALE	Luogo di emissione Ancona	Numero: 207/SOP_04 Data: 09/10/2006	Pag. 1
<p style="text-align: center;">DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA P.F. SISTEMA OSPEDALIERO, POLITICA DEL FARMACO, SISTEMA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA N. 207/SOP_04 DEL 09/10/2006</p> <p>Oggetto: DGR 1212/04: adozione Linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio</p> <p style="text-align: center;">IL DIRIGENTE DELLA P.F. SISTEMA OSPEDALIERO, POLITICA DEL FARMACO, SISTEMA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</p> <p style="text-align: center;">- - -</p> <p>VISTO il documento istruttoria riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;</p> <p>RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttoria e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;</p> <p>VISTO l'art. 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20</p> <p style="text-align: center;">- D E C R E T A -</p> <p class="list-item-l1">✓ di adottare le "Linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio";</p> <p class="list-item-l1">✓ si attesta inoltre che dal presente decreto non deriva un impegno di spesa a carico della Regione.</p> <p style="text-align: right;">IL DIRIGENTE (Dott. Claudio M. MAFFEI)</p>			

Luogo di emissione: Ancona



Luogo di emissione Ancona	Numero: 207/SOP_04 Data: 09/10/2006	Pag. 8
------------------------------	--	-----------

FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA

La funzione fondamentale della Cartella Clinica consiste nella registrazione di tutte le informazioni riguardanti la persona ricoverata, necessarie a garantire le scelte clinico-assistenziali più appropriate e a favorire l'integrazione di competenze multiprofessionali.

La completa e corretta documentazione del quadro clinico, del processo diagnostico-terapeutico e dei risultati conseguiti durante la degenza, assicura la tracciabilità delle responsabilità delle azioni svolte, della loro cronologia e delle modalità della loro esecuzione.

Dato che con l'emanazione del Profilo Professionale dell'Infermiere, D.M. n. 739 del 14 settembre 1994, la professione ha acquisito un riconoscimento specifico, nella gestione della pianificazione assistenziale la documentazione infermieristica è diventata quindi strumento indispensabile per stimolare l'evoluzione della professione da un ambito prettamente tecnico ad un ambito progettuale e di valutazione della progettualità espressa.

L'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che l'infermiere sia sempre più consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona, a formulare diagnosi infermieristiche, ad ipotizzare un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno strumento efficace.

La registrazione dei dati assistenziali è un mezzo per trasmettere informazioni accurate, aggiornate, complete e concise relative alla persona assistita e all'assistenza prestata;

- permette di organizzare la comunicazione e la diffusione delle informazioni fra i membri dell'équipe;
- permette la rilevazione dei problemi di natura assistenziale ed organizzativa che compaiono durante il percorso diagnostico, terapeutico della persona e delle risposte individuate;
- permette di registrare fattori (fisici, psicologici o sociali) che devono essere considerati nella pianificazione per personalizzare l'assistenza;
- permette di descrivere la cronologia degli eventi, dei fattori osservati, dei risultati dell'assistenza e della risposta alla terapia;
- permette di offrire una base di dati per identificare gli indicatori che consentono una misurazione dei risultati;
- permette di dimostrare l'adeguatezza del piano assistenziale;
- è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica;
- permette la standardizzazione del processo assistenziale;
- permette e porta ad uniformare le valutazioni e i giudizi costruendo e utilizzando un linguaggio professionale condiviso;

La Cartella Clinica inoltre costituisce una fonte informativa per:

- flussi di attività (SDO, ricerche epidemiologiche, flussi ministeriali)
- ricerche clinico scientifiche e sperimentazioni farmacologiche e di procedure
- ricerca infermieristica
- protocolli di appropriatezza (Primo, Disease staging)
- audit clinici ed organizzativi
- progettazione dei profili di cura
- controllo dell'applicazione dei profili di cura
- garanzia della continuità di cura

FASI DEL PROCESSO DA REGISTRARE NELLA CARTELLA CLINICA

A) Apertura del ricovero:

1. Accettazione amministrativa
 - ◆ Dati identificativi della cartella:
 - ❖ Denominazione dell'Ospedale
 - ❖ Codice dell'ospedale
 - ❖ Codice dell'unità operativa di ammissione
 - ❖ Codice della cartella clinica (anno e numero progressivo)



Luogo di emissione	Numero: 207/SOP_04	Pag.
Ancona	Data: 09/10/2006	9

- ◆ Dati identificativi della persona assistita:
 - ❖ Campi costituenti il tracciato record SDO
 - ❖ Dati identificativi della/e persona/e delegata/e a ricevere informazioni sullo stato di salute durante la degenza

- 2. Inquadramento sanitario iniziale della persona assistita
 - ❖ Proposta di ricovero da parte del MMG, Medico Specialista, Medico Ospedaliero in attività ambulatoriale istituzionale, Medico del Dipartimento di Emergenza o Pronto Soccorso;
 - ❖ Lettera di trasferimento (in caso di trasferimento da altro ospedale o struttura residenziale);
 - ❖ Inquadramento clinico del paziente:
 - a. Motivo del ricovero
 - b. Anamnesi :orientata all'identificazione dei problemi attivi e inattivi in relazione con l'episodio attuale di malattia, ed eventualmente completa in relazione alle condizioni cliniche del paziente.
 - c. Esame obiettivo orientato all'esame degli apparati correlati al motivo del ricovero ed eventualmente generale, qualora l'anamnesi lo richieda, al fine di identificare problemi clinici rilevanti.
 - d. Ipotesi diagnostiche
 - e. Pianificazione del processo di cura e programma diagnostico terapeutico
 - f. Accertamento – scheda di raccolta dati e identificazione dei problemi del paziente
 - g. Dati sui problemi – dati sui livelli di dipendenza e problemi o diagnosi infermieristica
 - h. Pianificazione – scheda di pianificazione dell'assistenza – obiettivi e interventi
 - i. Attuazione – scheda di attuazione/osservazione o diario infermieristico e schede accessorie
 - j. Programma riabilitativo.

L'inquadramento sanitario/assistenziale iniziale deve essere effettuato immediatamente per i casi urgenti e di area critica, e comunque entro 24 ore dal ricovero per gli altri casi.

B) Decorso del ricovero.

- ❖ *Diario clinico*: deve registrare ogni attività valutativa e decisionale medica e di altre professioni sanitarie effettuata sul malato sia durante le visite giornaliere che occasionalmente.
La registrazione deve essere tempestiva e contestuale al verificarsi degli eventi.
Registrazioni postume possono costituire ipotesi di reato, così come le omesse registrazioni.

- ❖ *Diario assistenziale*: il diario infermieristico è la parte della cartella infermieristica dove viene riportato tutto ciò che è stato realizzato ed è accaduto al paziente nell'arco della giornata o del singolo turno di servizio. Questo è fondamentale per riportare gli elementi di valutazione continua del paziente, come nuovi quadri clinici, nuovi problemi, modificazioni delle condizioni fisiche o psichiche, variazioni dei parametri vitali, ecc.

- ❖ *Scheda unica di terapia integrata medico-infermieristica*

- ❖ *Referti di esami laboratoristici e strumentali in originale*

- ❖ *Referti di consulenze specialistiche*:
Il referto di consulenza deve contenere: i dati identificativi del paziente, il nome della Unità Operativa richiedente, il tipo di consulenza richiesta, il quesito diagnostico, indicato dal richiedente con chiarezza e completezza, la data e l'ora della



Luogo di emissione	Numero: 207/SOP_04	Pag.
Ancona	Data: 09/10/2006	10

richiesta, la modalità di erogazione della consulenza richiesta (urgente o di elezione), il nome della Unità Operativa erogante, la data e l'ora di esecuzione, la formulazione della risposta, comprensiva della diagnosi (o ipotesi diagnostica, se meritevole di approfondimento), della eventuale prognosi, della indicazione di eventuali esami laboratoristici o strumentali richiesti a completamento dell'iter diagnostico, delle prescrizioni terapeutiche, ed infine la firma leggibile del sanitario.

- ❖ Registrazione della avvenuta informazione e raccolta del consenso (obbligatorio o facoltativo)
- ❖ Verbale operatorio
- ❖ Documentazione anestesiologica:
 - ✓ Valutazione preoperatoria
 - ✓ Scheda Anestesiologica
 - ✓ Valutazione postoperatoria
- ❖ Schede valutazione dei rischi:
Prevenzione del rischio e miglioramento della sicurezza del paziente. In riferimento al progetto regionale per la prevenzione del rischio clinico, si identificano tre ambiti di possibili aree di prevenzione e miglioramento della sicurezza del paziente. Questi ambiti sono:
 - prevenzione delle infezioni ospedaliere
 - prevenzione delle cadute accidentali
 - prevenzione delle piaghe da decubito
- Nella documentazione sanitaria deve pertanto essere rintracciabile sia la segnalazione della presenza di uno o più dei problemi sopra indicati sia la indicazione delle azioni correttive intraprese per la loro correzione. La griglia di valutazione contiene indicatori qualitativi di processo relativi a tali ambiti.
- ❖ Schede accessorie (prescrizioni nutrizionali parametri vitali, bilancio idrico, gestione del paziente diabetico, gestione drenaggi, CV,CVC,CVP)
- ❖ Scheda di progetto riabilitativo
- ❖ Relazione assistente sociale

C) Chiusura del ricovero

- ❖ Valutazione finale con epicrisi, anche in caso di trasferimento interno, e diagnosi di dimissione
- ❖ Lettera di dimissione :
Deve contenere le seguenti informazioni per il MMG: motivo del ricovero, iter diagnostico e terapeutico, evoluzione del quadro clinico durante la degenza, condizioni del paziente alla dimissione, indicazioni terapeutiche e/o dietetiche e/o riabilitative, eventuali esami e/o visite di controllo da eseguire nel follow-up.
- ❖ SDO
- ❖ Controllo e Chiusura cartella clinica
- ❖ Scheda infermieristica di sintesi e collegamento
Il documento deve contenere tutte le informazioni rilevanti relative all'assistenza post-ricovero, in termini di soddisfazione dei bisogni infermieristici e utilizzo di presidi e materiali .
Infatti la dimissione da una struttura per acuti di pazienti che necessitano di continuare le terapie intraprese o di continuare ad essere assistiti a livello domiciliare, deve essere pianificata e supportata da percorsi codificati al fine di garantire la continuità delle cure.
L'utilizzo della Scheda infermieristica di sintesi e collegamento unita alla codifica del percorso assistenziale deve:



- rendere agevole ed uniforme la dimissione dei pazienti che comunque necessitano di assistenza infermieristica domiciliare o presso strutture residenziali;
- permettere di continuare a domicilio le terapie indicate che la persona effettua autonomamente.
- favorire la diffusione delle cure domiciliari in modo da ridurre i ricoveri ripetuti

❖ Scheda di valutazione del processo assistenziale

D) Documenti allegati

- ❖ Documentazione relativa a donazioni/ricevimento dei trapianti
- ❖ Documentazione relativa a trasfusioni di sangue, emoderivati e plasma e plasmaderivati
- ❖ Referto di riscontro diagnostico
- ❖ Copia di eventuale documentazione esterna di proprietà del paziente relativa al ricovero



Servizio Infermieristico Ospedaliero

Fasi del processo da registrare nella cartella clinica

Determina Regionale n°207/SOP_04 del 9/10/2006 adozione linee guida DGR 1212/04 per la corretta compilazione , gestione, custodia ed archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio.

Dati di competenza degli operatori del comparto, da intendersi **imprescindibili**, nella redazione della nuova documentazione sanitaria di cui al DGR 1212/04.

A - apertura del ricovero

- inquadramento sanitario iniziale della persona assistita
 - a di competenza medica
 - b “
 - c “
 - d “
 - e “
 - f - scheda di raccolta dati del paziente e identificazione dei problemi del paziente,
 - g - dati sui livelli di dipendenza,
 - h - scheda di pianificazione dell'assistenza-diagnosi infermieristica-obiettivi e interventi,
 - i - schede di attuazione/osservazione o diario infermieristico e schede accessorie ,
 - j - programma riabilitativo (ove richiesto) .

Il punto "h" per la sua complessità, potrà essere sviluppato, così come indicato nello stesso obiettivo di budget, a partire dal prossimo anno 2009.

B - Decorso del ricovero

- diario assistenziale - deve potervi essere rintracciato tutto ciò che è accaduto al paziente e tutto ciò che è stato effettuato al paziente nell'arco del singolo turno di servizio o della giornata
- scheda unica di terapia integrata medico-infermiere
-criteri e requisiti formalizzati nelle linee di indirizzo della SUT-
- schede di valutazione dei rischi - il personale sanitario è direttamente coinvolto nella "Gestione del Rischio Clinico"-“Buona Pratica”- per prevenire gli eventi avversi prevenibili e per migliorare la qualità e la sicurezza del paziente:
 - a – prevenzione infezioni ospedaliere-
 - b – prevenzione cadute accidentali-
 - c – prevenzione piaghe da decubito-
- schede accessorie - tutte le schede “tecniche”
 - a - gestione dei presidi sanitari (CV, CVC,CVP, drenaggi,),
 - b - gestione del paziente diabetico,
 - c - controlli (bilancio idrico, nutrizioni, infusioni, parametri vitali, ecc).

C – Chiusura del ricovero

- scheda infermieristica di sintesi e collegamento – debbono potervi essere rintracciate tutte le informazioni relative all’assistenza e rilevanti per la continuità assistenziale post-ricovero
 - a - i percorsi effettuati per la soluzione dei problemi assistenziali,
 - b - i presidi ed i materiali necessari,
 - c - lo stato attuale del paziente,
 - d - il grado di collaborazione raggiunto ,
 - e - il grado di autonomia raggiunto,
 - f - i miglioramenti attesi stimati possibili,
 - g - il grado di collaborazione dei familiari,
 - h - _____
- Scheda di valutazione del percorso assistenziale

 ASUR MARCHE Zona Territoriale 12 San Benedetto del Tronto	VERIFICA DEI REQUISITI MINIMI DI ACCETTABILITÀ DELLA CARTELLA CLINICA DGR 1212/04 - 207/06	Pag. 1/ Anno 2007-2008
Serv. Inferm.co P.O. Risk Management/EBP		

PREMESSA/INTRODUZIONE

Con il DGR 1212/04. la Regione Marche adotta le linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio.

La funzione principale di un sistema sanitario è quello di erogare assistenza sanitaria in grado di rispondere ai bisogni reali dei pazienti, fornendo prestazioni efficaci, nel regime assistenziale appropriato, con il massimo della competenza tecnico-professionale, senza causare danni al paziente, al minor costo possibile e nel rispetto della dignità e della volontà dei singoli cittadini.

La documentazione clinica è la sola, a disposizione di tutti i portatori di interessi che entrano in gioco in un processo assistenziale, pertanto diviene documento cruciale su cui basare i propri giudizi di qualità, appropriatezza ed accessibilità ai servizi, nonché le proprie decisioni di natura assistenziale, amministrativa ed economica.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (jCAHO), ha precisato che le informazioni presenti nelle documentazioni cliniche, sono fondamentali per raggiungere i seguenti obiettivi:

- ➡ Facilitare l'assistenza al paziente
- ➡ Fornire la base informativa per scelte assistenziali appropriate e per attivare l'integrazione di competenze professionali e di strutture organizzative diverse
- ➡ Favorire e promuovere il miglioramento delle attività assistenziali
- ➡ Consentire la ricerca clinica
- ➡ Servire come fonte primaria per il riconoscimento dell'attività sanitaria e per tutte le incombenze di tipo medico-legale.

Dopo l'evoluzione del ruolo professionale che riconosce all'infermiere la responsabilità dell'assistenza generale infermieristica e che si traduce in autonomia di giudizio con conseguente assunzione di responsabilità, anche la qualità della documentazione sanitaria di tale professione diviene un obiettivo rilevante da affrontare.

Gli obiettivi da perseguire per tale documentazione sono:

- ➡ Raccolta di informazioni complete riferite alla persona
- ➡ Individuazione dei problemi assistenziali infermieristici/sociali
- ➡ Segnalazione dei problemi assistenziali che sono di competenza totale o parziale di altri professionisti

- ➡ Individuazione e segnalazione ai professionisti medici degli interventi compiuti o da compiere e degli obiettivi attesi
- ➡ Documentazione utile ai fini di ricerca clinica e infermieristica
- ➡ Integrazione tra i membri dell'èquipe
- ➡ Documentazione utile ai fini giuridici
- ➡ Personalizzazione dell'assistenza infermieristica erogata.

Infine, è opportuno sottolineare come la qualità della documentazione sanitaria risulta essere un pre-requisito indispensabile su cui basare tutti i processi di implementazione di percorsi idonei ad attivare il Governo Clinico, l'Audit Clinico e la Gestione del Rischio Clinico, che sono stati posti fra gli obiettivi del precedente Piano Sanitario Regionale 2003-2005.

PERCORSO EFFETTUATO

1° STEP Nell'anno 2007 il Servizio Infermieristico /Risk Management, in collaborazione con la Direzione di Presidio ha proceduto ad identificare le cartelle cliniche da sottoporre a verifica attraverso la metodologia del campionamento casuale. Sono state analizzate 145 cartelle cliniche pari al 5% dei ricoveri effettuati nel primo trimestre 2007.

La documentazione sanitaria è stata esaminata utilizzando la griglia di valutazione proposta dalla Delibera 207/06 del Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Marche ed è stato preso in considerazione tutto il cartaceo allegato ad ogni cartella clinica esaminata (frontespizio, SDO, schede referti, altro).

Dai risultati ottenuti al termine dello studio si evince che la documentazione clinica, all'interno del nostro Presidio Ospedaliero non risponde ai requisiti minimi di accettabilità previsti dalla Delibera della Regione Marche.

Ogni segmento della cartella rileva delle non conformità, esempio:

- ◆ dati identificativi della persona assistita non completi
- ◆ non presenza del processo di cura, della pianificazione assistenziale e del programma riabilitativo
- ◆ incompletezza del diario clinico dal quale non si evince l'evoluzione del quadro clinico, spesso non è presente la firma del medico che scrive le annotazioni oppure risulta non leggibile
- ◆ incompletezza del diario assistenziale infermieristico, nel quale è sempre presente e leggibile la firma del professionista che scrive le annotazioni, ma dal quale si evince solo una pura trascrizione degli eventi rilevati.
- ◆ Assenza del foglio unico di terapia sul quale eseguire la prescrizione del farmaco, con firma (professionista medico) e la successiva somministrazione secondo le dosi e i tempi previsti, con firma (professionista infermiere).

E' stata redatta una relazione dettagliata sullo studio effettuato e sui risultati ottenuti inviata poi al nucleo di valutazione.

2° STEP_ Sulla base dei dati ottenuti e delle criticità rilevate, per l'anno 2008, il Servizio Infermieristico ed il gruppo di lavoro infermieristico per il Risk Management ha posto in essere, per tutti i coordinatori delle UU.OO del presidio ospedaliero i seguenti obiettivi:

- Personalizzazione dell'assistenza
- Sicurezza delle cure
- Continuità assistenziale

Per il conseguimento di tali obiettivi, nello specifico, insieme con i propri collaboratori (infermieri, OSS), i coordinatori dovranno modificare la documentazione infermieristica sulla base dei requisiti minimi di accettabilità previsti dalla Delibera regionale, inoltre su proposta del Responsabile del Servizio Infermieristico P.O., il Direttore di Zona, ha predisposto come obiettivo di budget per il personale medico del Presidio la "scheda unica di terapia integrata medico-infermiere", necessaria nell'ottica del lavoro di equipe e di interdisciplinarietà necessarie ed indispensabili per un corretto processo di cura.

3 STEP_ Progetto Pilota U.O. Medicina

Il Servizio Infermieristico, in accordo con il Dirigente medico di Unità Operativa, ha predisposto la realizzazione di un progetto pilota all'interno dell'U.O. di Medicina. Sulla base degli obiettivi dati a tutti i coordinatori, il Servizio Infermieristico intende essere presente attivamente, in qualità di tutor e supervisore, alle riunioni del gruppo di lavoro infermieristico ed OSS deputato:

- ◆ alla realizzazione del progetto che prevede la completa revisione ed implementazione della documentazione infermieristica sulla base della Delibera Regionale per una corretta e responsabile trasmissione delle informazioni sull'assistenza prestata, assicurando la tracciabilità delle azioni svolte; a tal proposito sono state proposte ed introdotte in tale documentazione i modelli assistenziali delle diagnosi Nanda;
- ◆ alla revisione dell'attuale organizzazione per rendere coerenti le cure prestate rispondendo al fabbisogno organizzativo di coordinamento e integrazione con attribuzione di attività al personale di supporto che interviene nel piano assistenziale

Gli obiettivi specifici del progetto prevedono:

- ➡ Coordinamento/integrazione infermieri-Oss nel piano assistenziale
- ➡ Pianificazione assistenziale
- ➡ Modello organizzativo per gruppi di pazienti
- ➡ Realizzazione di una documentazione integrata.

4° Step_ Al termine del percorso in corso, si prevede l'estensione del nuovo modello assistenziale alle altre UU.OO., previa costituzione di gruppi di studio e di lavoro con gli operatori ed i coordinatori interessati.



REGIONE MARCHE
AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
ZONA TERRITORIALE N°12 - 63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO

CARTELLA INFERMIERISTICA U.O. di MEDICINA INTERNA

Cartella clinica: _____ / _____ Letto n° _____

<i>Cognome</i>			
<i>Nome</i>			
<i>Luogo di nascita</i>	<i>Provincia ()</i>		
<i>Data di nascita</i>	/	/	
<i>Residenza (città)</i>	<i>Provincia ()</i>		
<i>Indirizzo</i>	Via/le/Piazza		
<i>Professione</i>			
<i>Recapiti telefonici</i>	Tel.	/	Cell.
<i>Medico curante</i>	Dott./ssa		
<i>Codice fiscale</i>			

<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Col ^o gato/a	Separato	<input type="checkbox"/> Divorziato/a	Vedovo/a	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vive solo	<input type="checkbox"/> Viv ^o h famiglia	Caregiver _____		<input type="checkbox"/>	A.D.I.
<input type="checkbox"/> Vive in istituto		<input type="checkbox"/> Altro _____			

Data di ricovero: _____ / _____ / _____ ora: _____ :

Proveniente da: P.S. U.O. Domicilio

Diagnosi d'ingresso:

Terapia domiciliare:

Patologie Croniche Conosciute:	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> PMK	<input type="checkbox"/> Ipertensione	
	<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> B.P.	
Ricoveri precedenti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____		
Allergie:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____	<input type="checkbox"/> Accertate	<input type="checkbox"/> Presunte
Positività sierologica accertata:	<input type="checkbox"/> Non nota	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Uso di sostanze stupefacenti/alcool	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____	
Altro:	_____			

Firma Infermiere Compilatore

Data di:	<input type="checkbox"/> missione	Trasf^onamento	Decesso:	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> ora: _____ :
<input type="checkbox"/> Proprio domicilio				
<input type="checkbox"/> A.D.I. <input type="checkbox"/> R.S.A. _____				
<input type="checkbox"/> Altra U.O. _____				
<input type="checkbox"/> ALTRO P.O. _____				
<input type="checkbox"/> Altro _____				

Firma Infermiere Compilatore

Modello di autonomia				
Cura di sé:	<input type="checkbox"/> autosufficiente	<input type="checkbox"/> aiuto di altre persone	<input type="checkbox"/> dipendente	
Mobilizzazione:	<input type="checkbox"/> autosufficiente	<input type="checkbox"/> aiuto di altre persone	<input type="checkbox"/> dipendente	<input type="checkbox"/> protesi
	□ scala Conley-rischio cadute		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Alimentazione:	<input type="checkbox"/> autosufficiente	<input type="checkbox"/> aiuto di altre persone	<input type="checkbox"/> dipendente	
Modello cognitivo/percettivo				
Stato psichico:	<input type="checkbox"/> vigile	<input type="checkbox"/> orientato	<input type="checkbox"/> disorientato	<input type="checkbox"/> agitato
	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> coma	<input type="checkbox"/> altro	
Linguaggio:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> altro _____
Problemi uditivi:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> protesi acustica	<input type="checkbox"/> protesi presente all'ingresso
Problemi visivi:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> occhiali/lenti	<input type="checkbox"/> occhiali pres. all'ingresso
Dolore:	<input type="checkbox"/> acuto	<input type="checkbox"/> cronico	<input type="checkbox"/> intensità (scala 0/10) _____	<input type="checkbox"/> sede _____
Vertigini:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Nausea <input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no Vomito <input type="checkbox"/> si
				tipo _____
Modello di sonno e riposo				
<input type="checkbox"/> regolare/spontaneo	<input type="checkbox"/> disturbato _____			
<input type="checkbox"/> utilizzo di farmaci/altro _____				
Modello nutrizionale/metabolico				
tipo di dieta: _____	intolleranza alimentare: _____			
malattie di metabolismo: _____				
nutrizione:	<input type="checkbox"/> scarsa	<input type="checkbox"/> abbondante	<input type="checkbox"/> adeguata	
idratazione:	<input type="checkbox"/> scarsa	<input type="checkbox"/> abbondante	<input type="checkbox"/> adeguata	
difficoltà di deglutizione:	<input type="checkbox"/> solidi	<input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> no	
nutrizione enterale:	<input type="checkbox"/> sng	<input type="checkbox"/> peg	data _____ / _____ / _____	
nutrizione parenterale totale:	<input type="checkbox"/> cvc/cvp: sede _____		data _____ / _____ / _____	
protesi dentarie:	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> mobile	<input type="checkbox"/> superiore	<input type="checkbox"/> inferiore
peso corporeo:	Kg _____	<input type="checkbox"/> presente all'ingresso		
variazione di peso negli ultimi sei mesi:	<input type="checkbox"/> aumento _____	<input type="checkbox"/> perdita _____	<input type="checkbox"/> no	
Modello di eliminazione				
Eliminazione urinaria:	<input type="checkbox"/> continente autonomo		<input type="checkbox"/> continente con ausili	
incontinente:	<input type="checkbox"/> pannolone		<input type="checkbox"/> uro control	
<input type="checkbox"/> cat. vescicale ch _____ tipo _____	posizionato il: _____ / _____ / _____			
stomia: tipo _____				
turbe minzionali:	<input type="checkbox"/> disuria	<input type="checkbox"/> nicturia	<input type="checkbox"/> stranguria	<input type="checkbox"/> pollachiuria
Eliminazione fecale:	<input type="checkbox"/> alvo regolare	<input type="checkbox"/> stipsi	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> lassativi _____
<input type="checkbox"/> continente autonomo	<input type="checkbox"/> continente con ausili	<input type="checkbox"/> incontinenti	<input type="checkbox"/> pannolone	
stomia: tipo _____	data dell'ultima evacuazione: _____ / _____ / _____			
Modello di respirazione				
<input type="checkbox"/> normale/eupnoico	<input type="checkbox"/> dispnea da sforzo	<input type="checkbox"/> dispnea a riposo	<input type="checkbox"/> ventilazione meccanica	
<input type="checkbox"/> tracheostomia	<input type="checkbox"/> altro _____			
ossigeno terapia:	<input type="checkbox"/> maschera	<input type="checkbox"/> occhialini	<input type="checkbox"/> lt/min. _____	
O2 terapia domiciliare	<input type="checkbox"/> si	lt/min. _____	<input type="checkbox"/> no	
Lesioni da pressione/chirurgiche				
cute:	<input type="checkbox"/> sudata	<input type="checkbox"/> secca	<input type="checkbox"/> cianotica	<input type="checkbox"/> itterica
presenza di ferite chirurgiche:	<input type="checkbox"/> altro _____			
<input type="checkbox"/> si: sede _____	data rimozione punti _____ / _____ / _____			
presenza di lesioni da decubito:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si: sede _____	grado _____	
	<input type="checkbox"/> indice di Braden _____		<input type="checkbox"/> materasso antidecubito	

DIAGNOSI INFERMIERISTICA AL RICOVERO

data

infermiere

DIAGNOSI INFERMIERISTICA ALLA DIMISSIONE

data

infermiere

RICHIESTE DI ESAMI STRUMENTALI E CONSULENZE

RICHIESTE DI ESAMI DI LABORATORIO

DETERMINAZIONE GRUPPO SANGUINO E PROVE CROCIATE

Data della richiesta	Ord.	Urg.	Medico prescrittore		Data di esecuzione	Infermiere

DIARIO INFERMIERISTICO

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

 Servizio Infermieristico P.O. Risk Management - EBP	
SCALA CONLEY	
SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente	
Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. <i>Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.</i>	
SI'	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)	
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2 0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1 0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o fuci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1 0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1 0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2 0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3 0
TOTALE	<u> </u>

SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SCALA DI BRADEN					
INDICATORI		VARIABILI			
Percezione sensoriale: capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all'aumento della pressione	<p>1. Completamente limitata: Assenza di risposta (non geme , non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione OPPURE Limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea</p>	<p>2. Molto limitata Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi OPPURE Ha un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea</p>	<p>3. Leggermente limitata Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio oppure necessita di essere ruotato OPPURE Ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità</p>	<p>4. Nessuna limitazione Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire e riferire il dolore o il disagio</p>	1 2 3 4
Macerazione Grado di esposizione della cute alla macerazione	<p>1. Costantemente umida La cute è costantemente umida a causa della sudorazione, delle urine,etc... L'umidità viene riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato</p>	<p>2. Molto umida La cute è spesso , ma non sempre umida. Il pannolone o la biancheria viene cambiata almeno una volta per turno.</p>	<p>3. Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida, è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno</p>	<p>4. Raramente umida La cute è normalmente asciutta , la biancheria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.</p>	1 2 3 4
Attività Grado della attività fisica	<p>1. Allettato Confinato a letto</p>	<p>2. In poltrona Capacità di camminare molto limitata o assente .Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o sulla carrozzella</p>	<p>3. Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante la giornata, ma per distanze molto brevi, con o senza aiuto.Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona.</p>	<p>4. Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne</p>	1 2 3 4
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	<p>1. Completamente immobile Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza</p>	<p>2. Molto limitata. Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità, ma non riesce a realizzare frequenti o significativi movimenti in modo indipendente</p>	<p>3. Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.</p>	<p>4. Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza.</p>	1 2 3 4
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	<p>1. Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raremente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto.Due o meno porzioni di proteine al giorno.Assume pochi liquidi e nessun integratore. Oppure E' a digiuno o sostenuto solamente con fibrolisis o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni</p>	<p>2. Probabilmente inadeguata. Raremente mangia un pasto completo,generalmente mangia la metà dei cibi offerti.Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Oppure Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto prevista come dieta liquida enteralte / via SNG o PEG)</p>	<p>3. Adeguata Mangia più della metà dei pasti.4 o più porzioni di proteine al giorno.Assume normalmente integratori Oppure Si alimenta artificialmente (via SNG/PEG),assumendo il quantitativo nutrizionale necessario</p>	<p>4. Eccellente Mangia la maggior parte del cibo.Non rifiuta mai un pasto.Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.</p>	1 2 3 4
Frizione e scivolamento	<p>1. Problema Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola di frequente nel letto o nella poltrona.Speso richiede riposizionamento con assistenza Sono presenti spasticità, contratture,agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.</p>	<p>2. Problema potenziale Si muove poco e necessita di una minima assistenza.Durante lo spostamento , la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare</p>	<p>3. Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti</p>		1 2 3

Punteggio : 23 – 17 ⇒ nullo - lieve

16 – 6 ⇒ medio-alto

ASUR 12 DIPARTIMENTO MEDICO U.O. MEDICINA

Schede Controllo Del Dolore

Nome e Cognome: _____ Data: _____



nessun
dolore



fa un po'
male



fa un po'
più male

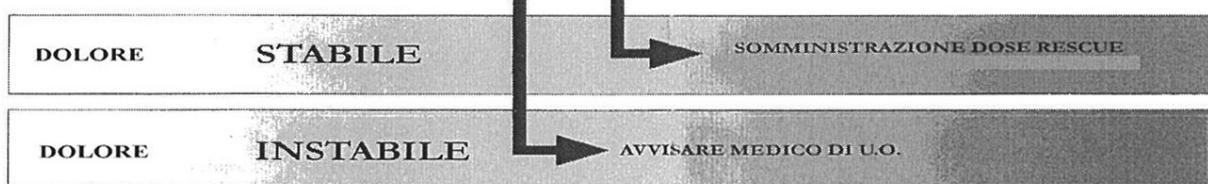


fa molto
male



dolore
insopportabile

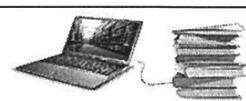
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



- Scala a Faccine: da utilizzare prevalentemente nel paziente demente;
 - Scala Numerica N.R.S – V.A.S: (Scala Analogico Visiva): da utilizzare nel paziente collaborante;
 - Dose Rescue: dose aggiuntiva alla terapia antalgica basale, entrambe riportate su S.U.T.



**SCHEDA MONITORAGGIO
CATETERE VENOSO PERIFERICO**



SERVIZIO INFERNIERISTICO
GRUPPO RISK MANAGEMENT

DATI GENERALI

DATA / / UNITA' OPERATIVA.....

NUMERO CARTELLA CLINICA.....

DATA RICOVERO / / DIAGNOSI

DATA INSORGENZA PROBLEMA / /

SEGNI E SINTOMI DI INFEZIONE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> < 5 SCALA NRS	<input type="checkbox"/> > 5 SCALA NRS
	<input type="checkbox"/> ARROSSAMENTO		
	<input type="checkbox"/> IMPOTENZA FUNZIONALE		

SEGNI OCCLUSIONE VENA PERIFERICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

SEGNI E SINTOMI DI FLEBITE	<input type="checkbox"/> VENA DURA ALLA PALPAZIONE		
	<input type="checkbox"/> ARROSSAMENTO LUNGO IL DECORSO DELLA CANNULA		
	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> < 5 SCALA NRS	<input type="checkbox"/> > 5 SCALA NRS

IL CATETERE VENOSO PERIFERICO E' STATO INSERITO IN	<input type="checkbox"/> ELEZIONE	<input type="checkbox"/> EMERGENZA
SE INSERITO IN EMERGENZA E' STATO SOSTITUITO DOPO 48 ORE:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SE INSERITO IN ELEZIONE E' SOSTITUITO DOPO 72 ORE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TIPO DI SOLUZIONE INFUSA NEL CATETERE VENOSO PERIFERICO.....		

GRAZIE PER LA TUA COLLABORAZIONE
IL GRUPPO RISK MANAGEMENT



Nome _____		Cognome _____		n.letto _____	
Unità operativa _____		DATA _____			
Pressione Arteriosa	M	P	N		
Frequenza Cardiaca					
Temperatura Corporea	M	P			
Saturazione	M	P	N		
Alvo - C*/S* -					
Diuresi 24 ore					
Peso					
Sondino Naso-Gastrico*					
PEG					
Catetere Venoso Periferico*					
Catetere Venoso Centrale*					
Osservazioni*					
Sostituzione linea infusionale					
a)NPT					
b)N.E.					
Catetere Vescicale* / ch.					
Stomia* sede _____					
Tracheostomia*					
Emocultura					
Emotrasfusione					
Ossigenoterapia	V.M. %				
Ossigenot. occhiali	litri/m				
Mobilizzazione a letto	M				
	P				
	N				
<i>letto/poltrona</i>	M				
	P				
	N				
<i>deambula assistito</i>	M				
	P				
Cute integra					
L.D.D.* / materasso A.D.					
P= pallone/ Cc= cianosi/ E=edemi					
ALTRÒ					
* LEGENDA	➔ P = posizionato	R = rimosso	S = sostituito M = medicato ➔ M1 fixomul (max 48 ore) / M2 tegaderm (max 7 gg)	C* = clistere	S* = spontanea
** OSSERVAZIONI	➔ Pus	D= dolore locale	ER= eritema	TU= tumefazione	Ocl=occlusione
			Sa= presenza di sangue		

ASUR marche 12 Società Cooperativa	Unità Operativa..... DIMISSIONE INFERMIERISTICA																																																																														
Cognome _____	Nome _____	età _____																																																																													
Ricoverato il _____	Dimesso il _____																																																																														
Diagnosi Infermieristica alla dimissione _____																																																																															
STATO GENERALE DEL PAZIENTE																																																																															
Stato psichico: <input type="checkbox"/> vigile <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> altro _____																																																																															
Linguaggio: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro _____																																																																															
Comunicazione/Comprensione <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ordinari semplici <input type="checkbox"/> breve durata <input type="checkbox"/> intermittente <input type="checkbox"/> altro _____																																																																															
Nutrizione: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> parenterale <input type="checkbox"/> C.V.P.* <input type="checkbox"/> C.V.C.* <input type="checkbox"/> S.N.G..* <input type="checkbox"/> PEG* *posizionato il _____ *sostituito il _____																																																																															
Eliminazione: <input type="checkbox"/> continent <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> incontinent * <input type="checkbox"/> vescica* <input type="checkbox"/> alvo* <input type="checkbox"/> doppia* <input type="checkbox"/> stomia*																																																																															
Gestione incontinenza: <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> condom <input type="checkbox"/> catetere vescicale* tipo di catetere _____ *posizionato il _____ *sostituito il _____																																																																															
Presenza di ferite chirurgiche: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: <input type="checkbox"/> sede _____ data ultima medicazione _____ data rimozione punti _____																																																																															
Lesioni da compressione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si:				Presenti all'ammissione: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si:																																																																											
Descrizione delle lesioni: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEDE vedi figura</th> <th>stadio lesione</th> <th>caratteri stiche</th> <th>bordi lesione</th> <th>essudato</th> <th>cute perilesion.</th> <th>dimensione lesione</th> <th>protoc. adottato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								SEDE vedi figura	stadio lesione	caratteri stiche	bordi lesione	essudato	cute perilesion.	dimensione lesione	protoc. adottato																																																																
SEDE vedi figura	stadio lesione	caratteri stiche	bordi lesione	essudato	cute perilesion.	dimensione lesione	protoc. adottato																																																																								
LEGENDA: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Caratteri stiche</td> <td>Detersa</td> <td>Fibrina</td> <td>Necrosi</td> <td>Infetta</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Bordi lesione</td> <td>Lineari</td> <td>Macerati</td> <td>Necrotici</td> <td>Infetti</td> <td>Frastagliati</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Essudato</td> <td>Asciutta</td> <td>Umida</td> <td>Iperessudante</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Cute perilesion.</td> <td>Integra</td> <td>Arrossata</td> <td>Macerata</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Stadio I: eritema fisso con cute integra; Stadio II: soluzione di continuo dell'epidermide, del derma, o entrambi; Stadio III: soluz. di continuo caratterizzata da danno o necrosi tessuto sottocutaneo; Stadio IV: ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino strutture ossee;</p>								Caratteri stiche	Detersa	Fibrina	Necrosi	Infetta				Bordi lesione	Lineari	Macerati	Necrotici	Infetti	Frastagliati			Essudato	Asciutta	Umida	Iperessudante					Cute perilesion.	Integra	Arrossata	Macerata																																												
Caratteri stiche	Detersa	Fibrina	Necrosi	Infetta																																																																											
Bordi lesione	Lineari	Macerati	Necrotici	Infetti	Frastagliati																																																																										
Essudato	Asciutta	Umida	Iperessudante																																																																												
Cute perilesion.	Integra	Arrossata	Macerata																																																																												
indice di Braden _____				materasso anti decub. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si																																																																											
Data		Firma																																																																													

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
SCHEDA DI SEGNALAZIONE
SPONTANEA DEGLI EVENTI



Presentazione del caso

Dati relativi all'UO e all'Operatore	Unità Operativa				
	Nome e Cognome dell'Operatore (FACOLTATIVO)				
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico			
		<input type="checkbox"/> Coordinatore			
		<input type="checkbox"/> Infermiere			
		<input type="checkbox"/> Operatore Socio Sanitario			
<input type="checkbox"/> Altro specificare					
Dati relativi al Paziente	Anno di nascita o Età	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
	Numero di Scheda Nosologica				
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. Bagno, camera, corridoio...)				
Tipo di Prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero Ordinario	<input type="checkbox"/> Prestazione Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Prestazione Domiciliare		
	<input type="checkbox"/> Ricovero in DH	<input type="checkbox"/> Intervento Chirurgico	<input type="checkbox"/> Altro.....		

Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)

TIPOLOGIA DELLA CADUTA		FATTORI DI RISCHIO CONCOMITANTI			
() Accidentale		Esercizio Fisico <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
() Fisiologica Imprevedibile		Polifarmaco Terapie <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
() Fisiologica Prevedibile		Protettoria di Anca <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
SCALA VALUTAZIONE RISCHIO (CONLEY)					
S	() UGUALE 10		ALTO RISCHIO		
	Strumenti di Contenzione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
	Educazione Sanitaria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
	Illuminazione notturna suff. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
	Ostacoli nel bagno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
C	() UGUALE > 5		MEDIO RISCHIO		
	Utilizzo di strumenti per deambulare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
	BASSO RISCHIO				
	NOTE:				

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare piu' di una risposta)			
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Grossa fragilità o infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/ culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico		
	Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turnover <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezature <input type="checkbox"/> Mancato/inadeguato funzionamento attrezture <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	
		<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza/formazione <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo	
Altri fattori (specificare) :			
Esito dell'Evento			
Evento potenziale		<input type="checkbox"/> Situazione pericolosa/danno potenziale/non occorso (es. personale insufficiente/pavimento sdruciolato coperto dove non sono avvenute cadute)	
		<input type="checkbox"/> Situazione pericolosa/ danno potenziale/evento occorso ma intercettato (es. preparazione di un farmaco, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico, ma non dispensato o somministrato)	
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell' evento? Quali?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto n. _____

CP: MODELLO INEFFICACE DI RESPIRAZIONE

Definizione: Inspirazione e/o espirazione che non garantiscono una ventilazione adeguata.

Caratteristiche definenti:

SOGGETTIVE:

- Dispnea- angoscia;
- Respiro superficiale;

OGGETTIVE:

- Alterazione della frequenza respiratoria (val. normali: 11/24 atti respiratori al minuto);
- Alterazione dell'escursione toracica;
- Alitamento delle pinne nasali;
- Assunzione della postura del p.z. a tre punti (seduto, ginocchia flesse e gomiti appoggiati);
- Prolungamento della fase espiratoria;
- Uso dei muscoli accessori della respirazione;
- Alterazione della SO₂; (val. normali : 90% - 100%);
- Cianosi calda;

Obiettivo: Ripristino di un modello efficace di respirazione.

Interventi:

1. Sistemare in posizione comoda il p.z. (seduto con il cuscino sotto i gomiti e appoggiato in avanti sul tavolino da letto);
2. Rassicurare il p.z. durante i periodi di distress respiratorio;
3. Istruire il p.z. a respirare in maniera più lenta ed efficace usando maniere calme e non affrettate;
4. Aspirare, se necessario, per rimuovere le secrezioni (secondo protocollo della bronco-aspirazione);
5. Somministrazione dell'ossigeno a bassi flussi;
6. Monitoraggio dei parametri vitali (PA, SO₂, FC, FR e TC);
7. Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche (SUT e/o Diario Clinico);
8. Emogasanalisi;
9. Bilancio idrico.

DATA APERTURA DEL CP: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma IP: _____

DATA CHIUSURA DEL CP: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma IP: _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto N. _____

Problema Collaborativo: ANEMIA

Definizione: Insieme di sintomi causati da un numero inadeguato di globuli rossi in circolo o da una diminuzione dell'emoglobina circolante.

Caratteristiche definenti:

SOGGETTIVE:

- Affaticamento, astenia, palpitazioni, vertigini, cefalea, torpore o formicolio alle dita delle mani e dei piedi, perdita di peso, anoressia, prurito e irritazione delle mucose del cavo orale e/o dell'esofago;
- Feci picee, urine ipercromiche e sanguinamento delle gengive ;
- Perdita di capelli, fragilità ungueale;

OGGETTIVE:

- Tachicardia, ipotensione;
- Dispnea da sforzo, tachipnea e ortopnea;
- Sudorazione,pallore di cute e mucose ;
- Edemi declivi tardivi;

Obiettivo: L'infermiere ridurrà i segni e i sintomi riportati dal pz. e in collaborazione con il medico provvederà al ripristino di valori ottimali dell'emoglobina circolante.

Interventi:

1. Reperire un accesso venoso periferico adeguato;
2. Scelta della dieta adeguata (specificare);
3. Corretta attuazione delle prescrizioni terapeutiche (SUT);
4. Corretta attuazione delle prescrizioni diagnostiche;
5. Collaborazione con il medico nelle procedure diagnostiche invasive (BOM);
6. Controllo dei parametri vitali;
7. Educazione sanitaria del pz. e dei familiari;
8. Corretta procedura dell'emotrasfusione (secondo protocollo);
9. Monitoraggio dei valori ematochimici.

DATA APERTURA DEL PC: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma IP: _____

DATA CHIUSURA DEL PC: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma IP: _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto N. _____

CP: SCOMPENSO CARDIACO/EDEMA POLMONARE

DEFINIZIONE: Scambi gassosi inadeguati per accumulo di liquidi negli alveoli polmonari, correlato ad insufficienza del cuore sinistro o a sovraccarico idrico.

OBIETTIVI INFERMIERISTICI: L'infermiere gestirà e ridurrà al minimo i gravi sintomi dell'affezione;

INTERVENTI:

1. Valutare e rilevare segni e sintomi di edema polmonare (Carat. Ogg./ Sogg.)
 - Angoscia e senso di morte;
 - Dispnea, cianosi fredda e sudorazione fredda;
 - Tachipnea;
 - Respiro rantolante;
 - Tosse persistente o produttiva, con escreato rosaceo e schiumoso;
 - Diminuzione della SO2;
 - Ipertensione/ ipotensione;
 - Tachicardia/tachiaritmia;
2. Cateterismo vescicale sotto prescrizione medica
3. Se indicato, somministrare l'ossigeno come prescritto
4. Iniziare i trattamenti appropriati, secondo il protocollo o la prescrizione medica
5. Cambiare la posizione della persona ogni due ore. In accordo con il medico, verificare quale posizione garantisce una ossigenazione ottimale determinando la SO2 tramite pulsiossimetria nelle varie posizioni (specificare).
6. Broncoaspirare al bisogno
7. Tranquillizzare il p.z. e spiegare tutte le procedure, trattamenti ed interventi prescritti dal medico
8. Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche (SUT e/o Diario clinico)
9. Monitoraggio dello stato cardiocircolatorio:
 - Parametri vitali (PA, FC, FR, SO2)
 - Emogasanalisi
 - Bilancio idrico

DATA APERTURA DEL CP: ____/____/____ Turno:____ Firma IP:_____

DATA CHIUSURA DEL CP: ____/____/____ Turno:____ Firma IP:_____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto n._____

CONFUSIONE MENTALE ACUTA

Definizione.

Improvvisa insorgenza di un insieme di cambiamenti e disturbi globali e transitori che riguardano l'attenzione, l'attività cognitiva e psicomotoria, il livello di coscienza e/o il ciclo sonno-veglia.

Caratteristiche definenti

Soggettive.

Percezioni errate.

Oggettive:

Accentuata agitazione o irrequietezza;

Allucinazioni;

Alterazione del ciclo sonno-veglia;

Alterazione del livello di coscienza;

Alterazione dell'attività cognitiva e/o psicomotoria.

Obiettivo: stabilire una relazione di aiuto con il paziente per il contenimento delle alterazioni ed il recupero delle attività cognitive/ psicomotorie consentite.

Interventi:

1. chiamare il paziente per nome quando si deve interagire con lui – presentarsi quando inizia un contatto;
2. collaborare nell'identificare le possibili cause di delirio (dolore, ipoglicemia, infezione, farmaci) ;
3. identificare i fattori che possono aumentare lo stato di confusione del paziente e su cui si può intervenire (bisogni di base non soddisfatti: eliminazione, sete, postura...);
4. monitorare la capacità residua di autonomia del paziente;
5. mantenere un ambiente sicuro per il paziente e i contatti (ridurre gli stimoli ambientali: rumori, illuminazione forte e/o improvvisa, allarmi);
6. incoraggiare la famiglia/altre persone significative, a rimanere con il paziente;
7. educare la famiglia/altre persone significative circa le modalità di approccio con il paziente;
8. spiegare le attività che si compiono, lentamente, brevemente e con termini semplici;
9. utilizzare mezzi di contenzione solo se strettamente necessari ad evitare pericolo per il paziente (spiegare le ragioni sia al paziente che ai suoi familiari);
10. collaborare con il medico: esami ematici, esami culturali
11. corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche S.U.T. (ev- im- os)

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma_____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma_____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto n.

CONFUSIONE MENTALE CRONICA

Definizione. Deterioramento irreversibile dell'intelletto e della personalità caratterizzato da una diminuita capacità di interpretare gli stimoli ambientale e di svolgere i processi intellettivi che si manifesta con disturbi della memoria, dell'orientamento e del comportamento.

Caratteristiche definenti

Soggettive. Compromissione delle percezioni, della memoria, dei comportamenti.

Oggettive:

Alterazione della risposta agli stimoli;

Alterazione della personalità;

Compromissione cognitiva;

Compromissione della socializzazione.

Obiettivo:, aiutare il paziente a mantenere la consapevolezza del proprio corpo, il ritmo sonno-veglia, l' orientamento temporo – spaziale, secondo il grado consentito dalla condizione patologica cronica.

Interventi:

1. prima di parlargli, attirare l'attenzione del paziente toccandolo, parlargli solo quando si è nel suo raggio visivo
2. presentarsi quando inizia un contatto
3. individuare ciò che il paziente percepisce dal suo punto di vista parlando con un tono di voce calmo e tranquillo
4. non usare un linguaggio infantile nel comunicare con lui
5. spiegare le attività che si compiono, lentamente, brevemente e con termini semplici
6. mantenere un ambiente sicuro per il paziente e i contatti (ridurre gli stimoli ambientali: rumori, illuminazione forte e/o improvvisa, allarmi);
7. garantire un'illuminazione adeguata sia di giorno che di notte
8. utilizzare mezzi di contenzione solo se strettamente necessari ad evitare pericolo per il paziente (spiegare le ragioni sia al paziente che ai suoi familiari);
9. monitorare la capacità residua di autonomia del paziente;
10. identificare i fattori che possono provocare confusione e su cui si può intervenire (soprattutto in preparazione al riposo notturno), per esempio affaticamento, bisogni non soddisfatti (bagno, sete..)
11. collaborare con il medico: esami ematici, esami culturali
12. corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche S.U.T. (ev- im- os)

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ letto n. _____

DEFICIT DELLA CURA DI SE (IGIENE PERSONALE)

Definizione: compromissione della capacità di svolgere o di completare da soli le attività relative alle pulizie personali.

Caratteristiche definenti:

Oggettive : incapacità di lavare il proprio corpo,

Soggettive: capacità di percepire di lavare il proprio corpo.

Obiettivo: garantire le cure igieniche personali.

Potenziare le capacità residue nello svolgere in autonomia le cure igieniche personali

Interventi:

- 1) Valutare le cause e le capacità residue;
- 2) Monitorare i cambiamenti e le capacità funzionali (specificare);
- 3) Potenziare le capacità residue recuperate (specificare);
- 4) Osservare la cute;
- 5) Proteggere la cute durante le cure igieniche;
- 6) Fornire la privacy e sicurezza durante le cure igieniche;
- 7) Igiene viso;
- 8) Igiene mani;
- 9) Igiene piedi;
- 10) Igiene cavo orale;
- 11) Igiene intima;
- 12) Cambio pannolone;
- 13) Cambio vestiario;
- 14) Igiene capelli;
- 15) Igiene barba;
- 16) Igiene bagno letto;
- 17) Igiene doccia/bagno;
- 18) Igiene mani/taglio unghie;
- 19) Igiene piedi/taglio unghie;
- 20) Educazione sanitaria (utente e familiari);
- 21) Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche S.U.T.(ev.- im.-os.- topica);

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** ____ **Firma** _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** ____ **Firma** _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ letto n. _____

DIARREA

Definizione: Emissione di feci liquide, non formate.

Caratteristiche definenti:

Soggettive: Crampi, Dolore addominale, Urgenza di defecare.

Oggettive: Almeno 3 evacuazioni giornaliere con feci liquide, Rumori, Suoni intestinali iperattivi.

Obiettivo: Ripristinare il normale modello di funzionalità intestinale dell'assistito.

Interventi:

- 1) Valutare fattori scatenanti (terapia antibiotica, nutrizione enterale,virus);
- 2) Segnalare colore, scariche;
- 3) Se persiste con più di 5 scariche prelevare un campione di coprocoltura;
- 4) Monitorare la cute perianale;
- 5) Proteggere la cute perianale;
- 6) Controllo di fecalomi;
- 7) Rimozione di fecalomi;
- 8) Fornire la privacy e sicurezza durante la evacuazione assistita;
- 9) Controllare volemia (parametri vitali,bilancio idrico);
- 10) Dieta appropriata astringente;
- 11) Collaborare col medico: esami ematici; esami culturali;
- 12) Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche -S.U.T. (ev.- im.- os.);
- 13) Valutazione continua dell' alvo;
- 14) Educazione Sanitaria.

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** _____ **Firma** _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** _____ **Firma** _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto N. _____

DOLORE ACUTO

Definizione: Lo stato in cui la persona ha e riferisce la presenza di un grave fastidio o di una sensazione di disagio che dura da un secondo a meno di sei mesi.

Caratteristiche definenti:

Soggettive: Sintomo riferito verbalmente o tramite un codice (scheda del dolore);

Oggettive: Attrazione concentrata su di sé; comportamento espressivo (irrequietezza, gemiti, pianto, vigilanza, irritabilità, maschera facciale, gesti antalgici).

Obiettivo: Alleviare il dolore o ridurlo per il benessere accettabile per la persona.

Interventi:

1. Usare l'autovalutazione per ottenere informazioni (scala del dolore);
2. Aiutare l'assistito ad identificare le tecniche di benessere (l'applicazione di calore o del freddo);
3. Proporre il cambiamento di posizione e massaggio alla schiena;
4. Cambiare biancheria se necessario;
5. Aiutare l'assistito a focalizzare la sua attenzione su attività piuttosto che sul dolore;
6. Controllare se i fattori ambientali potrebbero influenzare le risposte della persona al dolore (temperatura della stanza, luminosità e rumore);
7. Educazione sanitaria (incoraggiare i membri della famiglia ad esprimere privatamente le loro preoccupazioni);
8. Fornire privacy e sicurezza;
9. Terapia antalgica (ev, im, os);
10. Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche;
11. Rivalutazione del dolore (scala del dolore).

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** ____ **Firma IP:** _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ **Turno:** ____ **Firma IP:** _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ letto n. _____

IPERTERMIA

Definizione: Persistente innalzamento della temperatura corporea (che superi 37,8°).

Caratteristiche definenti:

Soggettive: brivido, astenia, cefalea, nausea, dolori articolari.

Oggettive: aumento frequenza respiratoria, aumento di temperatura, aumento frequenza cardiaca, cute arrossata, sudorazione.

Obiettivo: la persona manterrà una temperatura corporea nei range normali.

Interventi:

- 1) Monitorare parametri vitali;
- 2) Controllo periodico della temperatura (almeno 3 volte/die);
- 3) Controllo della temperatura dopo somministrazione di terapia antipiretica;
- 4) Controllo bilancio idrico;
- 5) Rimuovere indumenti in eccesso;
- 6) Cure igieniche;
- 7) Applicazione borsa di ghiaccio;
- 8) Incoraggiare assunzione di liquidi;
- 9) Assicurare l'adeguato riposo giornaliero;
- 10) Eseguire educazione sanitaria (Utente e familiari);
- 11) Assicurare privacy e sicurezza;
- 12) Collaborare col medico: esami ematici, esami culturali;
- 13) Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche S.U.T.(ev.- im.-os.).

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ U.O. _____ Letto n.

STIPSI

Definizione. diminuzione della normale frequenza della defecazione, accompagnata da un'emissione fecale difficoltosa o incompleta con fuci eccessivamente dure e asciutte

Caratteristiche definenti

Soggettive. Defecazione dolorosa, sforzo alla defecazione, dolore addominale, anoressia, nausea, vomito

Oggettive: cambiamento del modello intestinale (2/3 giorni di mancata evacuazione), presenza di fuci soffici e pastose nel retto, aumentata pressione addominale, massa rettale palpabile, perdita di piccole quantità di fuci liquide, temperatura elevata

Obiettivo

Garantire un modello intestinale che permetta un'adeguata secrezione ed escrezione di scorie dall'organismo

Interventi:

1. valutare alvo tutti i giorni
2. controllare i farmaci usati dal paziente per individuare possibili agenti cause di costipazione (narcotici, antiacidi, diuretici, carbonato di calcio, antidepressivi)
3. controllare l'assunzione di liquidi e se necessario, aumentarla
4. tra un pasto e l'altro far bere dei succhi di frutta
5. far usare al paziente, se possibile una comoda invece che la padella
6. rispettare la privacy del paziente quando sta evacuando
7. accertarsi se il paziente è dipendente dall'uso del clistere
8. controllare se esiste fecaloma nel retto
9. somministrare lassativo dopo tre giorni di mancata evacuazione
10. praticare clistere
11. ristabilire le abitudini di svuotamento (es. movimenti dell'intestino come prima cosa al mattino o dopo i pasti)

DATA APERTURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma _____

DATA CHIUSURA DELLA DIAGNOSI ____/____/____ Turno _____ Firma _____



SBT 05.03.2009.

Servizio Infermieristico P.O.

QUALIFICATORI DELLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE (NANDA)

ACUTO grave ma di breve durata

ALTERATO un cambiamento dalla linea di base

AUMENTATO maggiore per dimensioni, quantità o grado

COMPROMESSO reso peggiore, indebolito, danneggiato, ridotto, deteriorato

CRONICO che dura a lungo, ricorrente, abituale, costante

DEFICIENTE inadeguato per quantità, qualità, non sufficiente, incompleto

DIMINUITO svuotato del tutto o in parte

DISFUNZIONALE dal funzionamento anormale, incompleto

DISTURBATO agitato, interrotto, soggetto a interferenze

ECCESSIVO caratterizzato da una quantità più grande di quanto necessario o utile

INEFFICACE che non produce l'effetto desiderato

INTERMITTENTE che si ferma e ricomincia di nuovo ad intervalli, periodico,

RIDOTTO attenuato, minore per dimensioni, quantità o grado

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

 S.U.T.	Scheda Unica Terapeutica	DIPARTIMENTO _____ UNITA' OPERATIVA _____
---	---------------------------------	--

Pag 1 di 5

La Scheda Unica Terapeutica - S.U.T. - è un documento impiegato dai medici per effettuare la prescrizione e dagli infermieri per garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche durante il periodo di ricovero dei pazienti in ospedale.

E' una delle soluzioni per abbattere l'incidenza degli errori di terapia.

LEGENDA SIMBOLI PRESCRIZIONI TERAPIE

/ = PRESCRIZIONE // = SOSPENSIONE TERAPIA X = SOMMINISTRAZIONE /---/ = INFUSIONE CONTINUA 0 = NON SOMMINISTRATO 1 = Rifiuto Paziente 2 = Digiuno 3 = Altro	Per garantire la sicurezza dei pazienti, si raccomanda l'adozione dei simboli indicati nella legenda a tutti i medici e a tutti gli infermieri dell'Unità Operativa. E' assolutamente necessario evitare l'uso di qualsiasi altro simbolo, che potrebbe indurre in errori di interpretazione nella programmazione delle terapie
---	--

LEGENDA VIE DI SOMMINISTRAZIONE TERAPIE

EV = ENDOVENA IM = INTRAMUSCOLO OS = ORALE SC = SOTTOCUTE LOC. = LOCALE ALIMENTAZIONE ALTRO/VARIE	<u>Endovenosa</u> = si intendono tutte le terapie da somministrare per via endovenosa, compresa la nutrizione parenterale <u>Intramuscolo</u> = tutti i farmaci da somministrare per queste vie <u>Sottocute</u> = tutti i farmaci da somministrare per queste vie <u>Orale</u> = tutti i farmaci da somministrare per bocca, comprese le terapie sublinguali <u>Alimentazione</u> = si segnalano tutti i tipi di alimentazione, diete o nutrizione entrale <u>Altro/Varie</u> = tutte le altre vie di somministrazione (rettale, vaginale, oculare, otologica, rinologica, inalatoria, ecc)
---	---

1

La suddivisione per vie di somministrazione aiuta il medico a procedere in maniera sistematica alla prescrizione e supporta l'organizzazione dei farmaci da parte del personale infermieristico per la fase di somministrazione.

Il medico che effettua la prescrizione della terapia deve scrivere a carattere stampatello nel riquadro "farmaco, dosaggio e forma per somministrazione die:

- ➡ principio attivo o nome commerciale del farmaco prescritto (in base alla metodologia usata nell'Azienda/U.O.)
- ➡ Dosaggio del farmaco
- ➡ Forma farmaceutica
- ➡ Numero di somministrazioni giornaliere

Le così dette "terapie al bisogno" sono considerate come qualsiasi altra terapia, per cui sono da prescrivere e programmare secondo le stesse modalità previste per qualsiasi farmaco.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

REQUISITI DI CONTENUTO

1. Per ogni prescrizione risulta chiaro e comprensibile:
 - a. il nome chimico o commerciale del farmaco
 - b. la forma farmaceutica prescritta (compresse, fiale etc)
 - c. il dosaggio per singola somministrazione (mg, g,etc)
 - d. il numero di somministrazioni die
 - e. la via di somministrazione
 2. E' identificabile il medico che ha prescritto i farmaci in uso
 3. E' rilevabile se ogni dose prescritta è stata effettivamente somministrata
 4. Nel caso che una dose prescritta non sia stata somministrata è specificato il motivo della mancata somministrazione
 5. E' identificabile chi ha somministrato la terapia
 6. E' rilevabile ed identificabile la data della sospensione delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese
 7. E' identificabile il medico che ha sospeso la terapia
 8. Se vengono utilizzate delle abbreviazioni o dei simboli per la prescrizione e / o per la somministrazione di farmaci, esiste una legenda dove viene esplicitato il significato dei simboli utilizzati
 9. Sono depositate, presso l'Unità Operativa e il Servizio Infermieristico/Direzione Sanitaria le sigle e le firme dei medici e degli infermieri autorizzati a prescrivere e somministrare le terapie.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

San Benedetto del Tronto li _____

Coordinatore Infermieristico Dipartimentale

Direttore Dipartimento

Coordinatore Infermieristico U.O.

Direttore U.O.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
- Zona Territoriale n. 12
San Benedetto del Tronto

Spazio Anagrafica

Autoadesiva

Mod. 22/368 - Centro Stampa ASUR Zona Terr. n. 13



Obiettivi di budget per l'anno 2010-2011 relativi al Dipartimento delle Professioni, Servizio Infermieristico Ospedaliero personale infermieristico e coordinatore.

Obiettivo

Coordinamento per l'adeguamento alle linee-guida (DGR 1212/04) per la corretta compilazione e gestione della documentazione sanitaria. Completamento e compilazione di schede accessorie di identificazione farmaco.

UU.OO. coinvolte: medicina-geriatria-chirurgia-ortopedia-neurologia-otorino-psichiatria-cardiologia-medicina d'urgenza-RSA

Indicatore

Verbali delle riunioni.

Risultato atteso

n. 3 verbali

Peso

50%

Obiettivo

Perfezionamento degli strumenti di adeguamento al DGR 1212 introdotti al 31.12.2010.
UU.OO. coinvolte: medicina-geriatria-chirurgia-ortopedia-neurologia-otorino-psichiatria-cardiologia-medicina d'urgenza-RSA

Indicatore

Audit -verbali-.

Risultato atteso

n. 2 audit-verbali- per ognuna delle UU.OO. coinvolte.

Peso

50%

S.B.T. 8 gennaio 2010.

Il Dirigente Professioni Sanitarie
Dr. Elio Capecci

SCHEDA SINTETICA DEL PROGETTO N.				
TITOLO DEL PROGETTO:				
Team tutor per l'osservazione e la valutazione sul campo circa l'applicazione delle linee-guida di adeguamento della documentazione sanitaria				
Responsabile	Galluzzi Daniela			
Descrizione sintetica	Attività di controllo e monitoraggio della corretta applicazione degli strumenti operativi introdotti, nel rispetto dei requisiti dettati dal DGR 1212/06 Regione Marche, attraverso la presenza di un Tutor (professionista Infermiere) all'interno di ciascuna unità operativa (Team-Tutor del Servizio Infermieristico P.O./Dipart. Profess. Sanitarie)			
Obiettivi specifici (rappresentano lo scopo predominante del progetto, la meta da raggiungere)	1	verifica, in tempo reale, della corretta applicazione degli strumenti operativi introdotti		
	2	azioni correttive poste in essere, in tempo reale, all'interno di ogni unità operativa		
	3	rilevazione delle criticità rispetto all'utilizzo degli strumenti operativi in uso		
	4	proposte di revisione e miglioramento degli strumenti operativi dopo un periodo di utilizzo e sperimentazione		
	Fasi di realizzazione (Indicare i termini temporali entro cui devono essere portate a compimento le diverse attività che rappresentano i contenuti del progetto)	ATTIVITA'		TEMPI
		INIZIO	FINE	
Incontro tra il Servizio Infermieristico e il gruppo dei tutor referenti individuati per la definizione e la condivisione delle attività e degli obiettivi fissati per il percorso del progetto		08 Aprile 2010	30 Aprile 2010	
Formazione/informazione ai tutor rispetto ai requisiti e ai termini stabiliti per la gestione dell' attività di monitoraggio		03 Maggio 2010	31 Maggio 2010	
	Incontri periodici fra il Servizio Infermieristico, i tutor e i coordinatrici delle varie unità Operative per la disamina delle criticità rilevate e per le immediate azioni correttive da porre in essere		01 Giugno 2010	31 Dicembre 2010
Strutture coinvolte (1 o più UU.OO.)	1	Le UU.OO. del Presidio Ospedaliero nelle quali è prevista la degenza <u>Dipartimento Medico</u> : Medicina, Neurologia, Geriatria; <u>Dipartimento Chirurgico</u> : Chirurgia, ORL, Ortopedia; <u>Dipartimento Emergenza</u> : Cardiologia, MURG		
Personale coinvolto (nominativo, categorie e U.O. di appartenenza)	Ogni U.O., in accordo con il Servizio Infermieristico individuerà un Infermiere referente per l'attività sopradescritta e si relazionerà direttamente con il servizio stesso per le tappe del percorso			

Risultati attesi (Esito finale programmato dallo sviluppo del progetto)	miglioramento della qualità di utilizzo degli strumenti operativi, tracciabilità e cronologia degli eventi e delle azioni intraprese per la corretta pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente		
Indicatori di risultato (Sono i parametri che permettono di valutare lo stato di avanzamento ed i risultati conseguiti anche in misura numerica o percentuale; indispensabili per la valutazione finale del progetto. Il loro peso sarà individuato in proporzione al numero degli stessi)	INDICATORE	VALORE 2009 (se esiste il valore storico)	ATTESO
	1 Verbale dell'incontro in cui si nominano i tutor referenti per ogni U.O. 2 Firme presenze tutor e coordinatori per l'incontro formativo /informativo 3 Verbal relativa agli incontri periodici per la disamina delle criticità	Non necessario per la realizzazione del progetto	miglioramento della qualità assistenziale attraverso un corretto utilizzo degli strumenti operativi

**PROGETTO**

Azienda organizzatrice in collaborazione con eventuale altro organizzatore
ZT 12 San Benedetto del Tronto

Titolo del progetto

**Adeguamento DGR 1212/04 – Rischio clinico
Realizzazione e Sperimentazione schede accessorie: terapie farmacologiche
Fase 1 – elaborazione schede**

Obiettivo Regionale	
Motivazione nella scelta dell'obiettivo:	Necessità di rendere i professionisti sanitari aggiornati ed informati rispetto agli effetti ed all'efficacia delle terapie farmacologiche prescritte e somministrate ai pazienti
Parole chiave	farmaci – efficacia - effetti collaterali
Luogo di svolgimento	ZT 12 San Benedetto del Tronto
Data di svolgimento	Ed. 1: inizio 27 settembre 2010 termine 06 novembre
Orario	
Durata ore per edizione	residenziale interattiva: 03 ore gruppi di lavoro: 20 ore (5 incontri)
Numero Edizioni	05
Tipologia dell'evento	PFA
Metodo o metodi d'insegnamento previsti	Lezioni frontali – lavori di gruppo
Metodo di verifica dell'apprendimento	Report project work
Partecipanti per edizione	16
Scopo Prevalente	<input checked="" type="checkbox"/> accrescere le conoscenze teoriche <input type="checkbox"/> migliorare le abilità pratiche <input checked="" type="checkbox"/> costruire strumenti per la gestione delle attività <input type="checkbox"/> stimolare comportamenti/aspetti relazionali <input type="checkbox"/> elaborare prodotti/progetti

PRESENTAZIONE : (illustrazione delle motivazioni che hanno sostenuto la progettazione del corso)

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, con quote crescenti di pazienti in età avanzata, afflitti da una serie di problemi di salute, prevalentemente di carattere cronico determina l'incremento nel consumo di farmaci, e un'alta frequenza di politerapie assunte per lunghi periodi di tempo. A tutto questo si aggiunge la complessa articolazione dei percorsi assistenziali, soprattutto per i pazienti cronici, e il conseguente coinvolgimento di un accresciuto numero di professionisti sanitari con accentuazione delle



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. I

	<p>criticità di raccordo tra gli uni e gli altri. La conoscenza dei trattamenti farmacologici costituisce un passaggio fondamentale per garantire la sicurezza della prescrizione e della corretta applicazione/somministrazione dei medicinali e la conseguente appropriatezza delle cure.</p> <p>In questa fase, i gruppi, predispongono sulla base delle esigenze specifiche delle diverse aree, gli strumenti operativi riferiti all'obiettivo descritti che saranno oggetto di formazione sul campo in una fase successiva.</p>
<p>OBIETTIVI GENERALI: (illustrazione delle finalità per cui è stato progettato il corso)</p>	<p>Cure sicure garantite da strumenti che responsabilizzino operatori competenti e rendano le prestazioni assistenziali tracciabili.</p>

<p>OBIETTIVI SPECIFICI E SCOPI: (dichiarazione delle competenze/capacità che i partecipanti potranno sviluppare nel corso dell'attività formativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - costituzione gruppi di lavoro dipartimentali - incontri settimanali con la partecipazione ed il contributo del farmacista (componente gruppo rischio clinico), e del medico per l'individuazione e la strutturazione di schede relative alla conoscenza ed alla corretta gestione del trattamento farmacologico e dei suoi effetti - presentazione, formazione/informazione delle schede a tutti i professionisti nell'ambito del dipartimento specifico - sperimentazione – formazione sul campo per l'applicazione delle schede "farmaci"
<p>DESTINATARI ED AMBITI ORGANIZZATIVI: (individuazione delle tipologie di professionisti coinvolti nel processo formativo e delle strutture servizi di riferimento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dipartimento medico, Macrostruttura territoriale (RSA ADI), chirurgico, emergenza, materno-infantile, salute mentale - infermieri - ostetriche
<p>METODOLOGIE: (illustrazione delle metodologie formative (frontali teoriche/operative/interattive, formazione sul campo) utilizzate durante il percorso formativo)</p>	<p>Lezioni frontali interattive, lavori di gruppo</p>



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. 1

RIEPILOGO FINALE: (indicazione dei nominativi dei docenti, del direttore del corso, del responsabile scientifico, dei tutor e specificazione della sede del corso, della metodologia didattica e della tipologia di valutazione utilizzata)

Direttore del corso: D.ssa Anna G. Mandolini

Responsabile Scientifico: Dr. Elio Capecci

Docenti:

Tutor per gruppi di lavoro

- Dipart. Medico: Ricci Giuseppe
- Dipart. Chirurg: Tucci Guerino
- Dipart. Emergenza: Palestini Luigi
- Dipart. Salute Ment.: Bovara Alessandra
- Dipart. Materno-infant: Amadio Filomena, Giancaterino Erica, Ciotti Marisa



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. 1

PROGRAMMA DI DETTAGLIO

20 settembre 2010 – Ore 15.00	Sessione in aula – Presentazione obiettivi - docente
Ore 16.00	Esplicitazione del mandato per i gruppi di lavoro - docente
Ore 17.00	Definizione dei metodi di lavoro e calendarizzazione - docente
Ore 18.00	Conclusione
Lavori di gruppo	N.5 incontri di 4 ore ciascuno per un totale di 20 ore

ADEGUAMENTO DGR 1212/04 – RISCHIO CLINICO
SCHEDE ACCESSORIE – IDENTIFICAZIONE FARMACI
SECONDA FASE: FORMAZIONE SUL CAMPO
DAL 19 NOVEMBRE – AL 20 DICEMBRE 2010

- LA FORMAZIONE SUL CAMPO DOVRA' INIZIARE ENTRO IL 19 NOVEMBRE 2010 E TERMINERA' IL 20 DICEMBRE 2010
- LA FORMAZIONE SUL CAMPO SARA' EFFETTUATA PER UN TOTALE DI 80 ORE
- TUTTI GLI OPERATORI CHE PARTECIPERANNO ALLA FORMAZIONE SUL CAMPO DOVRANNO APPORRE LA PROPRIA FIRMA SU APPOSITO MODULO CONSEGNATO AI COORDINATORI DA PARTE DEL SERVIZIO INFERNIERISTICO COMPROVANTE L'AVVIO DELLA SECONDA FASE; I FOGLI DELLE FIRME DOVRANNO ESSERE POI CONSEGNATI AL SERVIZIO INFERNIERISTICO
- TUTTI I COORDINATORI E I REFERENTI DEI GRUPPI DI LAVORO DOVRANNO INFORMARE TUTTO IL PERSONALE INFERNIERISTICO CIRCA LA PRESENZA DELLE SCHEDE DI IDENTIFICAZIONE DEL FARMACO SPECIFICANDO CHE SONO:
 - NECESSARIE PER CONOSCERE E MONITORARE GLI EFFETTI POSITIVI E NEGATIVI DEL FARMACO
 - UTILI PER APPROFONDIRE LA COMPETENZA DEL PROFESSIONISTA INFERNIERE SULL'AZIONE E GLI EFFETTI DEL FARMACO
 - UTILI PERCHE' AD OGNI EFFETTO INDESIDERATO CORRISPONDE UN INTERVENTO ASSISTENZIALE APPROPRIATO
- LE SCHEDE PRODOTTE DAI GRUPPI DI LAVORO (2 PER OGNI DIPARTIMENTO) IN TOTALE 10, REPERIBILI SU PEGASO DOVRANNO ESSERE MESSE A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI OPERATORI IN CARTACEO NEI PUNTI E NEI LUOGHI RITENUTI DAI COORDINATORI PIU' IDONEI PER UNA RAPIDA CONSULTAZIONE
- IN QUESTA FASE LE SCHEDE PRODOTTE NON AVRANNO UNA GRAFICA COMUNE MA SARANNO SOTTOPOSTE AL GIUDIZIO CRITICO DEGLI INFERNIERI I QUALI NELLA TERZA FASE DEL PROGETTO (GENNAIO- FEBBRAIO 2011) AVRANNO LA POSSIBILITA' DI CONTRIBUIRE ALLE REVISIONI DELLE STESSE
- COMUNICARE A TUTTI GLI INFERNIERI CHE A GENNAIO SARA'SOMMINISTRATO LORO UN QUESTIONARIO SULLE SCHEDE IDENTIFICATIVE DEI FARMACI E SARA' RICHIESTA UNA BREVE RELAZIONE CRITICA ENTRAMBI AI FINI DELL'ACQUISIZIONE DEI CREDITI ECM

ANTIPERTENSIVO ACE INIBITORE

Principio attivo: Ramipril

NOMI COMMERCIALI: Ramipril, Unipril, Triatec, Quark, Norapril

MECCANISMO D'AZIONE: Inibizione dell'enzima di conversione dell'angiotensina I in angiotensina II e aumento della bradichinina (dotata di attività vasodilatatrice) per ridotta degradazione.

INDICAZIONI: Ipertensione arteriosa in terapia singola o in combinazione con altri antipertensivi (es. diuretici, calcio antagonisti); Insufficienza cardiaca congestizia; Cardiopatia ischemica; Nefropatia conclamata; Nefropatia da diabete mellito (pz. con microalbuminuria).

CONTROINDICAZIONI: Ipersensibilità al principio attivo e ad altri ACE Inibitori o a qualsiasi degli eccipienti; Pz. con precedenti di Angioedema; Stenosi bilaterale dell'arteria renale o stenosi unilaterale in pz. monorenale; Pz. ipotesi; Pz. emodinamicamente instabili; Gravidanza e allattamento;

PRECAUZIONI PER L'USO: Monitoraggio della creatinina e del potassio; Monitoraggio della conta leucocitaria per individuare una possibile leucopenia; Usare con cautela nei pz. epatopatici, con stenosi valvolare e nei pz. con disidratazione; Connettività.

DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE: Il farmaco va somministrato per via orale indipendentemente dai pasti ogni 24h. A seconda della patologia avremo: nell'ipertensione la dose iniziale di 2.5mg in somministrazione unica, se necessario la dose può essere raddoppiata a intervalli di 2-3 settimane fino ad un massimo di 10mg; nell'insufficienza cardiaca congestizia 1.25mg come dose iniziale una volta al giorno, se necessario il dosaggio può essere raddoppiato in 1-2 settimane fino ad un dosaggio massimo tollerato dal pz.; nell'infarto miocardico 5mg in due somministrazioni (mattina e sera); nella nefropatia diabetica 1.25mg una volta al giorno e in caso di necessità la dose può essere raddoppiata in 2-3 settimane fino ad una dose massima giornaliera di 5mg.

INTERAZIONI: Sono state dimostrate delle interazioni con l'assunzione contemporanea di ramipril e: FANS, risparmiatori di potassio, calcioantagonisti, antipertensivi e a potenziale effetto antipertensivo, vasopressori simpaticomimetici, antidiabetici, allopurinolo, immunosoppressori, corticosteroidi, prolaminamide, citostatici e altri farmaci che possono alterare il quadro ematico; non meno importanti sono i sali di litio, l'alcool e sodio.

SOVRADOSAGGIO: In caso di sovradosaggio o di dosaggio improprio si possono verificare sintomi quali: marcata ipotensione e shock, bradicardia, alterazione degli elettroliti ed insufficienza renale.

Effetti indesiderati:	Interventi assistenziali:
1. Tosse secca non produttiva; 2. Ipotensione arteriosa;	1. Avvisare il medico per eventuale sospensione della terapia; 2. -Monitoraggio della P.A. sia in clino che ortostatismo; -Valutare il grado di ipotensione e di tutti i sintomi correlati; -Assicurarsi un accesso venoso adeguato; -Collaborare con il medico per una eventuale terapia di supporto;
3. Angioedema/ shock anafilattico;	3. -Avvisare il medico; -Rilevare i parametri vitali; -Assicurarsi un accesso venoso adeguato; -Valutare la gravità e i sintomi respiratori associati;
4. Iperpotassiemia/Aritmie cardiache	-Collaborare con il medico nella corretta attuazione delle procedure terapeutiche; 4. -Collaborare con il medico nella corretta attuazione di tutti i provvedimenti atti a normalizzare il potassio al fine di evitare un'aritmia cardiaca; Nel caso in cui, invece, si fosse già instaurata un'aritmia cardiaca da iperpotassiemia: - Avvisare il medico; - Rilevare i parametri vitali ed eseguire l'elettrocardiogramma; - Assicurarsi un accesso venoso adeguato; - Collaborare con il medico nella corretta attuazione di tutti i provvedimenti atti a normalizzare il ritmo cardiaco.
5. Insufficienza renale	5. Collaborare con il medico nel monitoraggio della funzionalità renale: - Corretta attuazione del prelievo venoso; - Monitoraggio del bilancio idrico.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

	Principio attivo del farmaco: <u>ALOPERIDOLO</u>	Categoria farmaceutica: <u>ANTIPSICOTICO TRADIZIONALE</u>	Nomi commerciali: <u>HALDOL, SERENASE, ALOPERIDOLO</u>
Azione:	Antagonista della dopamina e dei recettori adrenergici. Blocca i recettori D2 riducendo sintomi positivi e comportamenti reattivi.		
Indicazioni:	Deliri ed allucinazioni, schizofrenia, stati maniacali, demenza, oligofrenia, agitazione psicomotoria, alcoolismo, disturbi di personalità.		
Dose, modo e tempo di somministrazione:	Come neurolettico: 1. FASE ACUTA: 5-10 mg per uso i.m. fino ad un massimo di 60 mg/die; 2. FASE CRONICA: via orale 1-3 mg per 3 volte/die fino ad un massimo di 10-20 mg per 3 volte/die. Nel controllo dell'agitazione psicomotoria: 1. FASE ACUTA: 5-10 mg uso i.m. 2. FASE CRONICA: via orale da 0,5-1 mg per 3 volte/die fino a 2-3 mg per 3 volte/die. Ipnотico: unica somministrazione orale 2-3 mg la sera prima di coricarsi.		
Sovradosaggio:	Sintomi extra piramidali (tremori o rigidità muscolare) - sedazione - ipotensione - depressione respiratoria - stato di shock - coma.		
Precauzioni per l'uso:	Usa con cautela nei pazienti con malattie cardiovascolari, epilettici, con insufficienza epatica (effettuare E.C.G. prima e durante il trattamento). Controllo elettroliti.		
Controindicazioni:	Stati comatosi - pazienti fortemente depressi dall'alcool - depressioni endogene senza agitazione - morbo di Parkinson - astenia - nevrosi - gravidanza presunta o accertata - allattamento - bambini di età inferiore ai 3 anni - malattie cardiache quali recenti infarti - insufficienza cardiaca scompensata - aritmie.		
Effetti indesiderati:	Sintomi extrapiramidali - tremori - contrazioni muscolari involontarie - vertigini - sedazione - seccchezza delle fauci - ipersecrezione salivare - galattorea - stipsi - ritenzione urinaria . E.C.G. con prolungamento QT - extrasistoli - ipotensione - tachicardia - diminuzione o perdita della libido.		
Interventi assistenziali collegati:	Osservazione e documentazione della risposta al farmaco rispetto all'indicazione - in caso di reazione extrapiramidale somministrazione di farmaci antiparkinsoniani (su prescrizione medica) - osservazione e documentazione dei segni e dei sintomi degli effetti indesiderati e/o del sovradosaggio a carico dell'attività cardiaca: ridurre il dosaggio in caso di prolungamento del QTC e interruzione se QTC > 500ms - in caso di collasso cardiocircolatorio rilevare parametri vitali e posizionare il paziente in Trendelenburg.		
Interazioni:	Non somministrare in concomitanza con: farmaci che prolungano il QT (antiarritmici), antistaminici, altri antipsicotici, farmaci che alterano il quadro elettrolitico.		

	
PRINCIPIO ATTIVO	AMIODARONE
NOME COMMERCIALE	CORDARONE, AMIODARONE CLORIDRATO, AMIODAR.
AZIONE	ATTIVITA' ANTIARRITMICA
INDICAZIONI	TERAPIA E PREVENZIONE DELLA FIBRILLAZIONE/FLUTTER ATRIALE IN PAZIENTI CARDIOPATICI ISCHEMICI O CON DISFUNZIONE VENTRIColare SINISTRA E IN PAZIENTI NON CARDIOPATICI RESISTENTI ALLE ALTRE TERAPIE SPECIFICHE. TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE, EXTRASISTOLIA E TACHICARDIA VENTRICOLARE CON POLSO. FIBRILLAZIONE/TACHICARDIA VENTRICOLARE SENZA POLSO.
CONTROINDICAZIONI	BRADICARDIA SINUSALE, BLOCCO SENO-ATRIALE, DISTIROIDISMO IN ATTO O PREGESSI, GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO, IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO.
PRECAUZIONI PER L'USO	MONITORAGGIO CONTINUO DEL RITMO CARDIACO E DEI PARAMETRI VITALI (somm. I.V.), CONTROLLO SITO DI INSERZIONE(PROTOCOLLO CVP), EPATOPATIE, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE. NON SOMMINISTRARE AMIODARONE CONTEMPORANEAMENTE NELLA STESSA VIA INFUSIONALE CON I SEGUENTI FARMACI: AMINOFILLINA/TEOFILLINA, FUROSEMIDE, EPARINA

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

	E SODIO CLORURO.
DOSI, MODI, TEMPI E RISPOSTE ALLA SOMMINISTRAZIONE	FIALE 150 MG. DA DILUIRE ESCLUSIVAMENTE CON SOLUZIONE GLUCOSATA AL 5%. COMPRESSE 200 MG. L'EFFETTO ANTIARITMICO I.V. È IMMEDIATO, PER O.S. DOPO 48 H. LA DOSE DI CARICO I.V. DURA 24 H E CONTEMPORANEAMENTE SI INIZIA LA SOMMINISTRAZIONE O.S. IL FARMACO SIA I.V. CHE O.S. VIENE METABOLIZZATO IN 25/60 GIORNI.
INTERAZIONI	ESTREMA CAUTELA NELL'USO CONTEMPORANEO CON FARMACI DISPERDENTI POTASSIO (DIURETICI, LASSATIVI), BETA BLOCCANTI, CALCIO ANTAGONISTI(VERAPAMIL, DILTIAZEM.). DIGOSSINA E WARFARIN (VANNO SOMMINISTRATI CON DOSAGGI RIDOTTI).
SOVRADOSAGGIO	BRADICARDIA SINUSALE, BLOCCO SENO-ATRIALE E ATRIO-VENTRICOLARE, IPOTENSIONE ARTERIOSA, EFFETTO PRO-ARITMICO.
EFFETTI INDESIDERATI:	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia, alterazione del ritmo cardiaco, alterazione della conduzione seno-atriale ed atrio-ventricolare. • Flebite • Tosse , dispnea, nausea, vomito, dispepsia, anoressia e costipazione. • Epatopatia acuta (astenia, calo ponderale, nausea, febbre, ittero) • Depositi corneali • Manifestazioni di grave tossicità polmonare (tosse, dispnea, dolore toracico)

INTERVENTI ASSISTENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare i parametri vitali (F.C. E P/A). Valutazione del ritmo cardiaco al monitor /ecg • Scrupoloso controllo della zona di inserzione del catetere venoso periferico (vedi protocollo aziendale CVP) • Assistenza diretta al paziente e segnalazione dell'evento/problema al Medico dell'U.O. • Segnalare eventuali disturbi del visus • Assistenza diretta al paziente e segnalazione dell'evento/problema al Medico dell'U.O. <p>Trattamento Domiciliare Counseling al paziente e/o familiari per valutazione compliance e affidabilità nell'utilizzo e conservazione dei farmaci.</p>
--------------------------	--

Bibliografia Amiodarone:

- Compendio farmaceutico ospedaliero(CFO), Farmadati Italia edizione 2010.
- Afssaps, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2007, 2 gennaio online <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Chlorhydrate-de-Methadone-Sirop-Assistance-Publique-Hopitaux-de-Paris>.
- Arrest - Amiodarone in out-of-hospital resuscitation of refractory sustained ventricular tachyarrhythmias, NEJM, 1999, 12, 871.
- Boutitie F. et al., Circulation, 1999, 99, 2268 (analisi degli studi clinici EMIAT e CAMIAT).
- Bouvy M.L., et al., Pharmacopidemiol. Drug Saf., 2002, 11, 601..
- Goodman & Gilman, Le Basi Farmacologiche della Terapia, 1999, nona edizione, McGraw-Hill.
- FDA, safety Announcement, 2010,23 febbraio, www.fda.gov/drugs/drugSafety/PostmarketDrugSafetyInform.
- www.rossoemergenza.it: dati da www.prontuariofarmaceutico.it.
- http://www.ausl.it/Servizi/sanitari/aneesthesia-rianimazione/drip_on_web.htm.
- "University Hospital Birmingham", NHS Trust. Intravenous Drug Compatiblity Chart 1996.

	Principio attivo del farmaco: LORAZEPAM	Categoria farmaceutica: ANSIOLITICO	Nomi commerciali: TAVOR, LORAZEPAM,
Azione:	Le benzodiazepine sono farmaci sedativo-ipnotici, hanno un effetto ansiolitico e, a dosi crescenti ipnotico, cioè inducono il sonno. Le benzodiazepine agiscono sui complessi recettoriali del GABA, (neurotrasmettore, un agente che trasmette i messaggi da una cellula nervosa – neurone – del cervello ad un'altra).		
Indicazioni:	Stati d'ansia o di tensione nervosa, insonnia nervosa, depressione ansiosa. Come premedicazione anestetica in caso di interventi chirurgici e/o diagnostici. Per il trattamento di stati epilettici in fase acuta.		
Dose, modo e tempo di somministrazione:	<p>1. Somministrazione orale: la dose minima efficace deve essere prescritta per il più breve tempo possibile onde evitare sintomi da astinenza o da rimbalzo. Il farmaco va diminuito gradualmente nel dosaggio, non sospeso bruscamente.</p> <p>Ansia: 2-3 cpr da 1 mg /die. Per casi severi il dosaggio può essere aumentato fino a 3-4 cpr da 2,5 mg/die; (si consiglia di assumere la dose più alta la sera prima di coricarsi). Nei pazienti anziani o debilitati, la dose iniziale raccomandata è di 1-2 mg/die.</p> <p>Insomnia: 1-2 cpr da 1 mg somministrate al momento di coricarsi, per disturbo persistente, si consiglia la somministrazione di compresse da 2,5 mg. Nei pazienti anziani o debilitati, la dose iniziale raccomandata è di 1-2 mg/die.</p> <p>Come terapia pre-chirurgica, si raccomanda il dosaggio di 2-4 mg la sera precedente e/o 1-2 ore prima dell'intervento.</p> <p>2. Somministrazione I.M. E.V.: Come premedicazione anestetica o in caso di ansia acuta con o senza agitazione psicomotoria, il dosaggio va stabilito in base in base al peso corporeo, e in genere, va dai 2 ai 4 mg.</p> <p>Epilessia: la dose iniziale è di 4 mg e.v. fino ad un massimo di 8 mg nell'arco delle 12 ore, qualora si ripresentino le convulsioni entro 10-15 minuti dalla prima somministrazione.</p>		
Sovradosaggio:	Depressione del sistema nervoso centrale che varia dall'obnubilamento al coma. Nei casi lievi i sintomi includono obnubilamento, disartria, confusione mentale, letargia e alterazione della libido.		
Precauzioni d'uso:	Nei casi più gravi: atassia, ipotonica, ipotensione, ipnosi, reazioni parodosse, depressione del sistema nervoso centrale, depressione cardiovascolare, depressione respiratoria, come di 1° - 3° grado e morte.		
Controindicazioni:	Non somministrare in età pediatrica. Particolare attenzione nella somministrazione per rischio di depressione respiratoria, soprattutto nei pazienti anziani. Non consigliato per il trattamento primario della malattia psicotica. Le benzodiazepine devono essere usate con estrema attenzione in pazienti con una storia di abuso di droghe o alcool, e in pazienti con grave insufficienza epatica e/o encefalopatia. Prestare attenzione alla somministrazione concomitante con altri farmaci. Non devono essere usate durante la gravidanza, in quanto possono causare danni al feto.		
Effetti indesiderati:	<p>Miastenia gravis, ipersensibilità al principio attivo (lorazepam), alle benzodiazepine o ad uno qualsiasi degli eccipienti, grave insufficienza respiratoria, grave insufficienza epatica, sindrome da apnea notturna, glaucoma ad angolo stretto, gravidanza ed allattamento, età pediatrica.</p> <p>Sonnolenza, ottundimento delle emozioni, riduzione della vigilanza, confusione, affaticamento, debolezza muscolare, atassia, senso di instabilità, amnesia, dipendenza fisica anche a dosi terapeutiche.</p> <p>Reazioni parodosse quali: irrequietezza, agitazione, irritabilità, aggressività, delusione, collera, incubi, allucinazioni, psicosi, alterazioni del comportamento, stati d'ansia, ostilità, eccitazione, disturbi del sonno/insomnia, eccitazione sessuale, sedazione, sonnolenza depressione, smascheramento di depressione, capogiri, cambiamenti della libido, impotenza, diminuzione dell'orgasmo. Tali reazioni sono più frequenti nei bambini e negli anziani.</p>		

Interventi assistenziali collegati:	1. Osservazione e documentazione della risposta del farmaco rispetto all'indicazione; 2. Osservazione e documentazione dei segni e dei sintomi di effetti indesiderati e/o sovradosaggio; 3. Se somministrato per e.v. rischio cadute accidentali e conseguenti lesioni, per cui il paziente va informato sul rischio ed eventualmente assistito; 4. Sovradosaggio: monitorare le funzioni respiratorie e cardiovascolari, i segni vitali e il bilancio idrico; 5. Inadeguata funzionalità delle vie respiratorie: il paziente va aiutato con la respirazione assistita; 6. Abuso: utilizzo del Flumazenil come antidoto.
Interazioni:	Evitare l'assunzione concomitante con alcool in quanto amplifica l'effetto sedativo. Associato a: Barbiturici, neurolettici, ipnotici/sedativi, ansiolitici, antidepressivi, antiepilettici, anestetici ed antistaminici sedativi, analgesici narcotici, può accrescere l'effetto sedativo centrale; <i>Clozapina</i> si può avere sedazione marcata, salivazione eccessiva, atassia; <i>Teofilline o aminoliffine</i> , l'effetto sedativo può essere ridotto; <i>Aloperidolo</i> : apnea, coma, bradicardia, arresto cardiaco e morte.



DIPARTIMENTO CHIRURGICO

PRINCIPIO ATTIVO	CEFAZOLINA
NOME COMMERCIALE	ACEF, ATIRIN, BIAZOLINA, BORCEFAZOL, CEFABIOZIM, CEFAZIL, CEFAZOLINA, CEFAMEZIN,
INDICAZIONI	Trattamento delle infezioni respiratorie, dell'apparato urogenitale, delle ossa ed articolazioni, apparato digerente, della pelle e dei tessuti molli, e di infezioni come le batteremie, setticemie, endocarditi, peritoniti e sepsi puerperali dovute a germi sensibili all'antibiotico Profilassi e trattamento infezioni chirurgiche (dosi della profilassi come da protocollo)
CONTROINDICAZIONI	allergia alle cefalosporine e alle penicilline, grave insufficienza renale, gravidanza, allattamento, primissima infanzia.
PRECAUZIONI D'USO	ci sono state segnalazioni, nel corso di trattamento con cefalosporine, positività dei test di coombs è stata accertata allergicità crociata parziale a livello clinico tra penicilline e cefalosporine e per quanto raramente sono stati segnalati casi di reazioni anafilattiche ad entrambi i farmaci talora anche gravi in caso di insufficienza renale, la posologia delle cefalosporine deve essere ridotta sulla base dei risultati delle prove di funzionalità renale FANS derivanti dell'acidofenilpropionico come IBUPROFENE, NAPROSSENE, KETOPROFENE, FLORBIPROFENE (nella stessa siringa)
EFFETTI INDESIDERATI	disturbi gastrointestinali ipersensibilità verso il prodotto con asma, febbre da fieno, orticaria sono state segnalate anche reazioni secondarie: glossite, nausea, vomito, pirosi gastrica, dolori addominali, diarrea;

	<p>più raramente eruzioni cutanee, prurito, artralgia, orticaria altre reazioni riferite sono: vertigine, costrizione toracica, vaginite da candida.</p>
DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE E CONSERVAZIONE	<p>le soluzioni preparate estemporaneamente vanno conservate al riparo dalla luce a bassa temperatura</p> <p>la posologia è di 1-3 g/die di Cefazolina sodica nell'adulto e di 20-50 mg/kg/die nel bambino. In pazienti con insufficienza renale le dose vanno aggiustate in funzione del grado di compromissione. Di solito si somministra ogni 12 ore; in casi gravi è preferibile ripartire la dose giornaliera in 3 somministrazioni. Nel trattamento delle infezioni particolarmente gravi il farmaco è stato impiegato alla dose di 4-12gr/die nell'adulto e di 100 mg/kg/die nel bambino. Il farmaco può essere somministrato sia per via intramuscolare , sia per via endovenosa.</p> <p>SOMMINISTRAZIONE INTRAMUSCOLARE: la fiala di solvente contenente anestetico, annessa alle confezioni da 1 gr 500mg, 250mg, deve essere usata esclusivamente per som.ne I.M.</p> <p>SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA: può essere somministrato per iniezione endovenosa diretta lenta (10 ml di soluzione in 3-5 minuti) per infusione E.V. continua o intermittente. Per la somministrazione e.v. sciogliere il contenuto dei flc in acqua per preparazioni iniettabili oppure in: sol. Glucosata, sol. Fisiologica,</p> <p>Adulti: 1-2 grammi al giorno suddivisi in 2 somministrazioni bambini: peso < 40 kg: 30- 50 mg/kg/die, suddivisa in 2 somministrazioni</p> <p>DOSI PER E VIA DI SOMM.NE PER LA PROFILASSI COME DA PROTOCOLLO</p>
INTERAZIONI	<p>uso contemporaneo o ravvicinato di altri farmaci nefrotossici (kanamicina, streptomicina, colistina, viomicina, polimixina, noemicina, gentamicina) aumenta la tossicità renale e</p>

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

	controllare la funzionalità renale
SOVRADOSAGGIO	Non sono segnalati in letteratura effetti tossici da iperdosaggio di cefazolina
INTERVENTI ASSISTENZIALI COLLATERALI:	
1 DISTURBI GASTROINTESTINALI	Dieta astringente, su prescrizione medica fermenti gastrici sospendere la somministrazione previo parere medico, somministrazione di antistamitici
2 ORTICARIA	avvisare il medico e previo suo parere sospendere la somministrazione
3 ALTERAZIONE VALORI EMATOCHIMICI	sospendere la somministrazione e previo parere medico, somministrazione antidolorifici o/e antispastici
4 dolore addominale	sospendere la somministrazione e previo parere medico, somministrazione di antistamitici
5 eruzioni cutanee, prurito	
6 vaginiti con candida	controllare se presente prurito vaginale o del meato urinario maschile, riferendo al medico

EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE

Principio Attivo: Enoxeparina

NOME COMMERCIALE: Clexane

MECCANISMO D'AZIONE: Inibizione del fattore X della coagulazione, e minore effetto di inibizione della trombina.

INDICAZIONI: Profilassi e trattamento della patologia tromboembolica medica, chirurgica e in gravidanza (per quest'ultima non essendo possibile la terapia con anticoagulanti orali, risulta essere l'unico trattamento); Trattamento della cardiopatia ischemica NSTEMI.

CONTROINDICAZIONI: Tutte le patologie emorragiche, piastrinopenie autoimmuni accertate, endocarditi e ipersensibilità all'eparina.

PRECAUZIONI PER L'USO: Si ritiene opportuno effettuare in tutti i pazienti un controllo periodico dell'EMOCROMO per la valutazione di eventuale insorgenza di piastrinopenie a tempo 0-5-15gg e successivo monitoraggio. Inoltre, il prodotto va usato con cautela sia nei pazienti con insufficienza renale cronica grave (Clerance<30 ml/m) che nell'Obesità e nell'Osteoporosi. In pazienti da sottoporre a procedure spinali e peridurali si raccomanda di sospendere il trattamento con enoxeparina 12 ore prima in caso di profilassi e 24 ore prima in caso di terapia antitrombotica, in seguito la somministrazione va ripresa 12 ore dopo. L'enoxeparina, infine, non va assolutamente somministrata per via intramuscolare.

DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE: L'enoxeparina va somministrata per via sottocutanea solo in zona addominale in alternanza dx e sx dell'ombelico formando una plica cutanea e inserendo l'ago perpendicolaramente senza espellere l'aria; in caso di chirurgia addominale utilizzare la fascia anteriore della coscia (mai le braccia). Come profilassi: 4.000 U.I./ die, nell'insufficienza renale cronica severa 2.000 U.I./ die fino ad un massimo di 4-6 settimane; Come trattamento: 100 U.I. x kg di peso corporeo ogni 12 ore; in caso di embriazione con TAO la terapia con eparina a basso peso molecolare andrà proseguita fino al raggiungimento di INR (2,5-3) stabile per 3 gg consecutivi.

DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE: L'ENOXEPARINA va somministrata per via sottocutanea solo in zona addominale in alternanza DX e SX dell'ombelico formando una plica cutanea e inserendo l'ago perpendicolaramente senza espellere l'aria; in caso di chirurgia addominale utilizzare la fascia anteriore della coscia (mai le braccia). Come trattamento: 100 U.I. x kg di peso corporeo ogni 12 ore; in caso di embriazione con TAO la terapia con EPARINA a basso peso molecolare andrà proseguita fino al raggiungimento di INR (2,5-3) stabile per 3 gg consecutivi.

INTERAZIONI: FANS, antiaggreganti, cortisonici e anticoagulanti.

SOVRADOSAGGIO: Tutti i segni e sintomi dell'emorragia acuta, quali: ipotensione, cute fredda e pallida,cefalea, vertigini, confusione mentale, palpitazioni fino al collasso cardio-circolatorio; melena; ematemesi; emorragie croniche da stitlicidio.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Effetti indesiderati:	Interventi assistenziali:
<u>Comuni:</u> 1. Ecchimosi/ematomi 2. Sanguinamenti	1. Osservazione del numero, sede e dimensioni e riferirlo al medico 2. Valutazione della sede, entità e collaborazione con il medico per la corretta attuazione delle eventuali prescrizioni terapeutiche e diagnostiche
<u>Rari:</u> 3. Allergie (locali e sistemiche) 4. Emorragie maggiori 5. Piastrinopenie 6. Ipercalemia	3. Monitorare i parametri vitali; assicurarsi un accesso venoso periferico adeguato; Collaborazione con il medico per la corretta attuazione delle eventuali prescrizioni terapeutiche 4. attuazione degli interventi assistenziali codificati nel problema collaborativo " ANEMIA" 5. Collaborazione con il medico per la valutazione clinica e terapeutica 6. Corretta attuazione delle prescrizioni diagnostiche: monitoraggio della funzionalità renale e degli elettroliti



PRINCIPIO ATTIVO	FUROSEMIDE
NOME COMMERCIALE	LASIX, FUROSEMIDE
AZIONE	DIURETICO DELL'ANSA DI HENLE: FAVORISCE DIURESIS ISOTONICA CON ELEVATA NATRIURESIS E CONTEMPORANEA DEPLEZIONE DI POTASSIO E CLORO; POSSIEDE ANCHE UN EFFETTO VASODILATANTE CHE AUMENTA IL FLUSSO RENALE PLASMATICO.
INDICAZIONI	TUTTE LE FORME DI EDEMA DI ORIGINE CARDIACA E DI INSUFFICIENZA VENTRICOLARE SN. ACUTA, ASCITE IN SEGUITO A CIRROSI EPATICA, EDEMI PERIFERICI, IPERTENSIONE DI GRADO LEGGERO O MEDIO, GARANTISCE LA DIURESIS IN CORSO DI INSUFFICIENZA RENALE ACUTA E CRONICA.
CONTROINDICAZIONI	IN CASO DI IPERSENSIBILITÀ AL FARMACO O ALLE SULFANILUREE, INSUFFICIENZA RENALE DA FARMACI, INSUFFICIENZA RENALE ASSOCIATA A COMA EPATICO, IN CONDIZIONI IN CUI SI HA UNA GRAVE DEPLEZIONE DI ELETTROLITI, IN GRAVIDANZA E DURANTE L'ALLATTAMENTO
PRECAUZIONI PER L'USO	IL FARMACO PUO' PROVOCARE IPERGLICEMIA E GLICOSURIA: DI QUESTO DEVONO TENER CONTO I DIABETICI. IL FARMACO PUO' CAUSARE IPOPOTASSIEMIA E IPOSODIEMIA/IPERSODIEMIA. OCCORRE PORRE ATENZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE CONCOMITANTE DI FARMACI OTOTOSSICI IN QUANTO AUMENTA IL RISCHIO DI OTOTOSSICITÀ E DI FARMACI LA CUI TOSSICITÀ E' AUMENTATA IN CONDIZIONI DI IPOKALIEMIA. NEI PAZIENTI AFFETTI DA CIRROSI

	<p>PORRE ATTENZIONE ALLE ALTERAZIONI IDRO-ELETTRICHE E ACIDO-BASE CHE POTREBBERO PORTARE ALL'INSTAURARSI DI ENCEFALOPATIA PORTOSISTEMICA.</p> <p>NON SOMMINISTRARE FUROSEMIDE CONTEMPORANEAMENTE NELLA STESSA VIA INFUSIONALE CON I SEGUENTI FARMACI: DOPAMINA, DOBUTAMINA, CALCIO CLORURO, AMIODARONE E CIPROFLOXACINA.</p>
DOSI, MODI, TEMPI E RISPOSTE ALLA SOMMINISTRAZIONE	<p>COMPRESSE DA 25 MG, FL I.M. O E.V. DA 20 MG, FL E.V. DA 250 MG/25ML, COMPRESSE DA 500 MG. È COMPATIBILE CON: FISIOLOGICA, SOLUZIONE GLUCOSATA 5%, 10% E 20%, SOLUZIONE RINGER-LATTATO E MANNITOLO AL 20%.</p> <p>L'EFFETTO DIURETICO SI ESERCITA : I.V. INIZIO 5/10 MIN. PER UNA DURATA DI 1/3 H, I.M. INIZIO 10/15 MIN. PER UNA DURATA DI 4/6 H, PER O.S. INIZIO 30/60 MIN. PER UNA DURATA DI 6/8 H. SI RACCOMANDA CHE LA FORMULAZIONE ORALE SIA ASSUNTA A STOMACO VUOTO.</p>
INTERAZIONI	CON GLI IPOGLICEMIZZANTI, CON I GLICOSIDI DIGITALICI, CON LE CEFALOSPORINE, CON I SALI DI LITIO, CON I FARMACI OTOTOSICI (CISPLATINO E ANTIBIOTICI AMINO GLICOSIDICI), CON I FANS (IN PARTICOLARE INDOMETACINA).
SOVRADOSAGGIO	ECESSIVA PERDITA DI SALI DI POTASSIO, IPOTENSIONE FINO ALLO SHOCK, ALTERAZIONE DELL'UMORE, CRAMPI O DOLORE MUSCOLARE, STANCHEZZA O DEBOLEZZA

EFFETTI INDESIDERATI	<ul style="list-style-type: none"> • Ipotensione • Ritenzione di urine nei pazienti con ipertrofia prostatica o problemi neurologici • Debolezza, crampi muscolari, sete, anoressia, diarrea e nausea. • Può provocare un aumento transitorio dei livelli plasmatici di colesterolo, trigliceridi, glicemia, azotemia e creatinina. • In rari casi si sono osservati fotosensibilizzazione, rash cutaneo, depressione midollare, pancreatite, tinnito e sordità, iperuricemia e attacchi gottosi.
INTERVENTI ASSISTENZIALI	<p>Monitoraggio diuresi e peso corporeo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorare i parametri vitali • Assicurare il libero deflusso urinario • Assistenza diretta al paziente e segnalazione dell'evento/problema al Medico dell'U.O., controllare il livello di idratazione • Assistenza diretta al paziente e segnalazione dell'evento/problema al Medico dell'U.O. <p>Trattamento Domiciliare</p> <p>Counseling al paziente e/o ai familiari per valutazione compliance e affidabilità nell'utilizzo e conservazione dei farmaci, controllo diuresi, peso corporeo ed interazioni con abitudini alimentari.</p>

Bibliografia Furosemide:

- Compendio Farmaceutico Ospedaliero (CFO), Farmadati Italia edizione 2010.
- Allan S.G. et al., Br. Med. J., 1981, 283, 1611.
- Alon U.S. et al., J. Pediatr., 1994, 125, 149.
- Alshehri M. et al., West Afr. J. Med., 2005, 24 (3), 246.
- Ascarelli M.H. et al., Obstet. Gynecol., 2005, 105, 29.
- Bianco S. et al., New Engl. J. Med., 1989, 321, 1069.
- Briggs G.G. et al., Drugs, in Pregnancy and Lactation, ed. Williams & Wilkins Philadelphia, 2002.
- Brion L.P., Solt R.F., Cochrane Database Syst. Rev., 2008, 23 (1), CD001454.



DIPARTIMENTO CHIRURGICO

PRINCIPIO ATTIVO	PARACETAMOLO
NOME COMMERCIALE	EFFERALGAN, LONARID, PANADOL, PARACETAMOLO, PERFALGAN, SANIPRINA, TACHIPIRINA, TERMOL BB, TRIANIMIC.
INDICAZIONI	<p>ANTIPIRETICO: trattamento sintomatico di infezioni febbrili quali l'influenza, le malattie esantematiche, le affezioni acute del tratto respiratorio, ecc....</p> <p>ANALGESICO: cefalee, nevralgie, mialgie ed altre manifestazioni dolorose di media entità</p>
FARMACOCINETICA	<p>Inizio di azione analgesica dopo 5-30 minuti</p> <p>Il picco d'effetto analgesico da 30 minuti a 2 ore, durata d'azione analgesica dalle 3 alle 7 ore</p>
MECCANISMO D'AZIONE	IL PARACETAMOLO a differenza degli altri FANS ha una spiccata attività inibitoria sulle Ciclossigenasi cerebrali ma non inibisce la sintesi periferica delle Prostaglandine, possiede una potenza analgesica paragonabile all'acido Acetilsalicilico ed è un efficace analgesico quando viene utilizzato per il dolore di origine non infiammatoria.
CONTROINDICAZIONI	<p>Ipersensibilità al paracetamolo o ad uno qualsiasi degli eccezionali</p> <p>Pazienti affetti da grave anemia emolitica</p> <p>Grave insufficienza epatocellulare</p> <p>Soggetti affetti da FENILCHETONURIA.</p>
PRECAUZIONI D'USO	<p>Nei rari casi di reazioni allergiche, la somministrazione deve essere sospesa e deve essere istituito un idoneo trattamento.</p> <p>Usare con cautela nei soggetti con carenza di glucosio-6-fosfato deidrogenasi</p> <p>La somministrazione nei soggetti con insufficienza renale o epatica di grado lieve/moderato e nei pazienti affetti da sindrome di Gilbert deve essere effettuata solo se effettivamente necessaria e sotto il diretto controllo medico</p>

	Durante il trattamento con paracetamolo prima di assumere qualsiasi altro farmaco controllare che non contenga lo stesso principio attivo, poichè se il paracetamolo è assunto in dosi elevate si possono verificare gravi reazioni avverse
EFFETTI INDESIDERATI	<p>Patologie del sistema emolinfopoietico:Trombocitopenia, leucopenia, anemia, agranulocitosi</p> <p>Disturbi del sistema immunitario: Reazioni di ipersensibilità (urticaria, edema della laringe, angioedema, shock anafilattico)</p> <p>Patologie del sistema nervoso: vertigini, eccitazione, delirio, ipotensione.</p> <p>Patologie gastrointestinali:reazione gastrointestinale (nausea, vomito, dolore addominale)</p> <p>Patologie epatobiliari:alterazione della funzionalità epatica, epatite</p> <p>Patologie cute e sottocutaneo:Eritema multiforme, Sindrome di Stevens Johnson, Necrolisi epidermica, eruzione cutanea</p> <p>Patologie renali: Insufficienza renale acuta, nefrite interstiziale, ematuria, anuria</p>
DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE E CONSERVAZIONE	<p>bambino: OS 19-15 mg/Kg/ dose 1-4 volte die; 15_20 mg/kg/dose 1-4 volte die</p> <p>adulti: OS fino a 3000 mg/die; dose massima fino a 4000 mg/die</p> <p>I'infusione endovenosa va somministrata in 15 minuti</p> <p>il flaconcino da 50 ml può essere diluito con una soluzione allo 0,9% di cloruro di sodio o con una soluzione al 5% di glucosata , la soluzione diluita deve essere utilizzata entro l'ora successiva alla sua preparazione(incluso il tempo di preparazione)</p> <p>non conservare a temperatura superiore ai 30 gradi, non refrigerare o congelare.</p> <p>I flaconi vanno conservati dentro la scatola o al riparo dalla luce.</p> <p>IMPORTANTE l'assorbimento intestinale è rallentato dalla concomitante assunzione di cibo</p>
INTERAZIONI	La concomitante somministrazione di farmaci che rallentano (ad es. anticolinergici, oppioidi) o aumentano (ad es. prokinetici) la velocità dello svuotamento gastrico può determinare rispettivamente una diminuzione o un aumento

	<p>della biodisponibilità del prodotto.</p> <p>La somministrazione concomitante di colestiramina riduce l'assorbimento del paracetamolo</p> <p>L'assunzione contemporanea di cloramfenicolo può indurre un aumento dell'emivita del cloramfenicolo, con il rischio di elevarne la tossicità.</p> <p>L'uso concomitante con anticoagulanti orali può indurre leggere variazioni nei valori di INR: monitorare valori di INR durante l'uso concomitante e dopo la sua interruzione</p> <p>Usare con estrema cautela e sotto stretto controllo durante il trattamento cronico con farmaci che possono determinare l'induzione delle monossigenasi epatiche o in caso di esposizione a sostanze che possono avere tale effetto: es.rifampicina, cimetidina, antiepilettici quali glutetimmide, fenobarbital, carbamazepina</p> <p>Usare con estrema cautela e sotto stretto controllo durante il trattamento cronico con zidovudina</p> <p>Usare con estrema cautela e sotto stretto controllo nei pazienti <u>affetti da etilismo</u></p> <p>La somministrazione di paracetamolo può interferire con la determinazione della uricemia e con quella della glicemia</p>
SOVRADOSAGGIO	intossicazione acuta, citolisi epatica, insufficienza epatocellulare, insufficienza epatocellulare, encefalopatia, coma
INTERVENTI ASSISTENZIALI COLLATERALI:	
1 intossicazione acuta:	In caso di intossicazione acuta: svuotamento gastrico precoce, somministrazione di N-acetilcisteina 150 mg/kg e.v. in SG in 15' poi, 50 mg/kg nelle 4 ore successive, poi 100 mg/kg nelle 16 ore successive
2 nausea, vomito	sospendere la somministrazione e previa prescrizione medica, somministrazione di antiemetici
3 dolore addominale	sospendere la somministrazione e previa prescrizione medica, somministrazione di antispastici
4 eruzioni cutanee, prurito	sospendere la somministrazione e previa prescrizione medica, somministrazione di antistaminici

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Dipart Materno/infantile Dipartimento Professioni Sanitarie	PRINCIPIO ATTIVO FARMACO: RITODRINA CLORIDRATO NOMI COMMERCIALI: Miolene; AZIONE: Beta simpaticomimetico ad azione tocolitica. Si tratta di un inibitore specifico delle contrazioni uterine, sia spontanee che provocate dall' ossitocina.	Schede Accessorie: Farmaci
INDICAZIONI:	Minaccia d' aborto e di parto prematuro. Prevenzione del parto prematuro.	
CONTROINDICAZIONI:	E' controindicato prima della ventesima settimana di gravidanza e in casi in cui il prolungamento della gravidanza può essere pericoloso per la madre e feto. Inoltre è controindicato in: emorragie vaginali, eclampsia conclamata e grave preeclampsia, malattie cardiache, ipertensione polmonare, ipertiroidismo, diabete mellito, distacco placentare, morte intrauterina del feto, corioammiosite e preesistenti condizioni cliniche nelle quali influirebbe negativamente un beta - mimetico.	
PRECAUZIONI PER L'USO:	il trattamento con Miolene deve essere effettuato esclusivamente in ambito ospedaliero (solo per la somministrazione EV) e deve essere preceduto da un accurata valutazione dei rischi e dei benefici, vagliando la presenza di potenziali problemi cardiocircolatori, polmonari ed ematici (glicemia).	
EFFETTI INDESIDERATI:	Di norma è ben tollerato sia dalla madre che dal feto. A dosaggi piu' elevati, possono comparire tachicardia ed ipotensione arteriosa, nausea, vomito, senso di calore e tremore,cefalea, eritema, arrossamento cutaneo, sudorazione che scompaiono sospendendo la terapia o somministrando un beta simpaticolitico. In casi gravi: angina pectoris, ischemia miocardia, alterazioni delle funzioni epatiche (epatite), iperglicemia, chetoacidosi, ipokalemia, shock anafilattico, convulsioni e vascolite.	
DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE:	come terapia d' attacco 0,05 mg/min (30 ml/h) aumentabile fino a 0,3 mg/min per infusione endovenosa. È possibile effettuare la terapia per via intramuscolare con una fiala da 10 mg ogni 3-6 ore. All' arresto delle contrazioni uterine si prosegue il trattamento per 12- 48 ore, il mantenimento viene eseguito con una compressa ogni 3-6 ore. In caso di prevenzione del parto prematuro una compressa ogni 4-8 ore.	
INTERAZIONI:	Sono stati descritti casi di edema polmonare se associato a terapia corticosteroide. Le fiale sono compatibili con le soluzioni fisiologiche e glucosate impiegate per via endovenosa.	
SOVRADOSAGGIO:	tachicardia ed ipotensione arteriosa.	
INTERVENTI ASSISTENZIALI COLLEGATI:	1. Osservazione e documentazione della risposta al farmaco rispetto alla indicazione. 2. Osservazione e documentazione dei segni e sintomi degli effetti indesiderati <i>elio</i> del sovradosaggio 3. Controllo della pressione arteriosa e del battito cardiaco materno e fetale, durante l' infusione venosa, inizialmente ogni 5-15 minuti e ad intervalli piu' distanziati a paziente stabilizzata (15-60 minuti). 4. Monitoraggio dell'ECG per un adeguato controllo delle funzioni cardiache. 5. Monitoraggio dell'equilibrio elettrolitico, in quanto può essere prevedibile una ipokalemia. 6. Decubito supino laterale in caso di ipotensione arteriosa.	

Dipart. Materno/Infantile Dipartimento Professioni Sanitarie	PRINCIPIO ATTIVO FARMACO: SALBUTAMOLO NOMI COMMERCIALI: Broncovaleas, Ventolin, Ventmax. AZIONE: Simpatico mimetico – B2 agonista selettivo, si lega ai recettori Beta presenti nei bronchi provocando il rilasciamento della muscolatura liscia.	Schede Accessorie: Farmaci
INDICAZIONI:	Asma bronchiale, Broncopatia ostruttiva con componente asmatica.	
CONTROINDICAZIONI:	Ipersensibilità individuale accertata ai componenti del prodotto, controindicato in gravidanza ed in allattamento.	
PRECAUZIONI PER L'USO:	Il prodotto va usato con cautela in pazienti con coronaropatie, aritmie, ipertensione arteriosa, glaucoma, ipertiroidismo, feocromocitoma, diabete, ipertrofia prostatica, ipokalmia.	
EFFETTI INDESIDERATI:	tremori muscoli scheletrici piu' evidenti alle mani, correlati alla dose somministrata. Raramente cefalea e tachicardia che scompaiono dopo alcuni giorni dal trattamento. In rari casi angioedema, orticaria, broncospasmo parodosso, ipotensione e collasso, come reazione di ipersensibilità. Crampi muscolari, ipokalmia e iperreattività nei bambini, dolori al petto nei cardiopatici. Irritazione alla gola e bocca se utilizzato per via inalatoria.	
DOSE, MODO E TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE:	<u>Adulti</u> soluzione da nebulizzare con nebulizzatori elettrici: 5 gocce con 2 ml di acqua distillata o soluzione fisiologica sterile con durata di 10 – 15 minuti da ripetere per tre volte al giorno e sospensione pressurizzata per inalazione con distanziatori o aero – chamber 2 spruzzi 3 – 6 volte al giorno. <u>Bambini</u> le dosi sono proporzionalmente ridotte e la frequenza e la somministrazione devono essere variati solo su indicazione del medico.	
INTERAZIONI:	non somministrare contemporaneamente con beta bloccanti non selettivi (es: propranololo).	
SOVRADOSAGGIO:	l' antidoto specifico in caso di sovradosaggio accidentale è il betabloccante cardioselettivo (es: atenololo, bisoprololo, metoprololo), da prescrivere con prudenza perché nei soggetti sensibili può provocare broncospasmo. I sintomi tipici sono: tachicardia, palpitazioni, aritmie, agitazione, dissonnia, dolori al torace e tremore in forma grave, che interessa particolarmente le mani ma anche il resto del corpo. Possono verificarsi disturbi gastrointestinali, ivi compresa nausea, in particolare in seguito a intossicazione orali. Sono state osservate reazioni psicotiche con frequenza non comune.	
INTERVENTI ASSISTENZIALI COLLEGATI:	1. Osservazione e documentazione della risposta al farmaco rispetto alla indicazione. 2. Osservazione e documentazione dei segni e sintomi degli effetti indesiderati <i>elio</i> del sovradosaggio 3. Monitoraggio dell'ECG per un adeguato controllo delle funzioni cardiache. 4. Monitoraggio dell'equilibrio elettrolitico, in quanto può essere prevedibile una ipokalmia. 5. Nel caso di ipotensione marcata, si raccomanda una correzione del volume plasmatico. 6. Se sono state ingerite inavvertitamente grandi quantità di medicinale è necessario considerare la possibilità di effettuare una lavanda gastrica. Carboni attivi e lassativi possono contribuire a limitare l'assorbimento indesiderato del medicinale. 7. Nell' aumento del respiro affannoso subito dopo l' inalazione del farmaco, broncospasmo parodosso, assumere immediatamente un diverso broncodilatatore a rapida insorgenza d' azione.	