

Accreditamento SIMI

Azioni di miglioramento

U.O. Medicina Interna 2

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico

Milano

Direttore Prof.ssa Flora Peyvandi

Caposala Inf. Emilia Macchia

113° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna

Roma, 22 Ottobre 2012

Flora Peyvandi – Alberto Tedeschi

Criticità/punto di debolezza originario	Requisiti SIMI di riferimento	Obiettivi di miglioramento	Azioni fatte e risultati raggiunti
<p>Rilevazione dei bisogni assistenziali, conseguente pianificazione dell'assistenza infermieristica e prestazioni erogate non risultano adeguatamente documentate.</p>	<p>A1.12 A1.13 A1.14</p>	<p>Risoluzione delle criticità evidenziate</p>	<p>Rilevazione sistematica dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo alla scala del dolore. Controllo della cartella infermieristica eseguito sistematicamente dai caposala. Il punteggio dimostra miglioramento in tutti i campi.</p>

MONITORAGGIO INDICATORI

Il nuovo Coordinatore Infermieristico dall'Aprile 2011 ha individuato alcuni indicatori di cui effettua mensilmente il controllo (2 giorni a caso).

1. Fragilità del paziente, valutata mediante la completezza e correttezza della compilazione della scala Stratify (scala che evidenzia il rischio di caduta)
2. Identificazione del paziente (verifica che tutti i pazienti abbiano il braccialetto identificativo)
3. Valutazione del dolore
4. Completezza della sezione scheda di rilevazione bisogni all'ingresso all'interno della cartella infermieristica

SCALA STRATIFY

valore di rischio: ≥ 2

	SI	NO
S1 - Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	1	0
Ritieni che il paziente:	1	0
S2 – Sia 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.).	1	0
S3- Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
S4 - Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
S5 – Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4 ? (vedi schema di calcolo sottostante)	1	0
TOTALE (somma dei punteggi da S1a S5)		

Schema per il calcolo del punteggio di mobilità (vedi le indicazioni sottostanti)					
Il paziente è in grado di:	NO	Con aiuto maggiore	Con aiuto minore	Indipendente	Punteggio
1) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	1	2	3	_____
2) Camminare sul piano (spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0	1	2	3	_____
TOTALE					_____

Indicazioni per la compilazione

- Tutte le domande, ad eccezione della prima, devono essere rivolte dall'infermiere che ha in carico il paziente.
- Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi.
- L'item **S5**, correlato al punteggio di mobilità (che si ottiene compilando lo schema per il calcolo) dà un valore **1 SOLO** se il totale della tabella sottostante (*schema per il calcolo di punteggio di mobilità*) è **UGUALE** a **3** o a **4**.
- In caso di punteggi differenti (che diano come somma dei valori segnati *nello schema per il calcolo di punteggio di mobilità 0-1-2-5-6*), **all'item S5** deve essere assegnato il valore **0 (zero)**.
- Il punteggio di rischio è dato **ESCLUSIVAMENTE** dalla somma dei valori attribuiti da **S1 a S5**.
- Quello che si rileva nello schema di calcolo per la mobilità è il valore **S5 (la cui risultante può essere solo uno di questi 2 valori: 1 oppure 0 (zero))**.

MONITORAGGIO INDICATORE FRAGILITA' DEL PAZIENTE

I.07.190 R

Cod. I.	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile 2011	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Agosto 2011	Settembre 2011	Ottobre 2011	Novembre 2011	Dicembre 2011
I.07.190 R				26/4 = 1	9/05 = 1	09/6 = 0	07/7 = 1	09/08= 1	21/9 = 1	10/10 = 0	7/11 = 0	9/12 = 0
					30/5 = 0	24/6 = 1	28/7 = 0	25/08= 0	30/9 = 0	25/10 = 0	24/11 = 1	28/12 =0

AZIONE CORRETTIVA

Come si evidenzia nella scheda di monitoraggio nei mesi di Aprile, Maggio e Giugno 2011 l'88,9% delle schede era compilato correttamente. Nei mesi successivi si è registrato un miglioramento fino ad arrivare al mese di Aprile 2012, nel quale si è evidenziato che tutte le schede erano compilate correttamente

Cod. I.	Gennaio 2012	Febbraio 2012	Marzo 2012	Aprile 2012	Maggio 2012	Giugno 2012	Luglio 2012	Agosto	Settembre 2012	Ottobre 2012	Novembre 2012	Dicembre 2012
I.07.190 R	10/1 = 0	7/02 = 0	9/03 = 0	6/04 = 0	6/05 = 0	4/06 =0	4/07 = 0	02/08=0	06/9= 0	3/10= 0		
	25/1 = 0	24/2 = 0	26/3 = 0	26/4 = 0	23/5 = 0	18/06 = 0	20/7 = 0	21/08=0	20/9= 0			

MONITORAGGIO INDICATORE IDENTIFICAZIONE

I.05.190 R

Cod. I.	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile 2011	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Agosto	Settembre 2011	Ottobre 2011	Novembre 2011	Dicembre 2011
I.05.190 R				18/4 = 1	3/05 = 0	7/06 = 0	5/07 = 0	10/8 = 1	16/9 = 0	4/10 = 0	8/11 = 1	5/12 = 0
				29/4 = 0	24/5 = 1	27/6 = 1	26/7 = 1	24/8 = 0	29/9 = 1	27/10 = 0	26/11 = 0	29/12 = 0

AZIONE CORRETTIVA

Nei mesi di Aprile, Maggio, Giugno, (2011) come si può notare dal monitoraggio risulta, è emerso che l'88,89 % dei pazienti era munito di braccialetto.

E' stata indetta pertanto una riunione con il personale nel mese di Ottobre 2011, in cui è stata ribadita l'importanza della corretta identificazione del paziente.

In un controllo a campione effettuato dalla RIUO a Febbraio, Marzo e Aprile si è verificato che il 100% dei pazienti era munito di braccialetto.

Cod. I.	Gennaio 2012	Febbraio 2012	Marzo 2012	Aprile 2012	Maggio 2012	Giugno 2012	Luglio 2012	Agosto	Settembre 2012	Ottobre 2012	Novembre 2012	Dicembre 2012
I.05.190 R	10/1 = 0	6/02 = 0	2/03 = 0	5/04 = 0	6/05 = 0	5/06 = 0	3/07 = 0	03/08 = 0	07/9 = 0	4/10 = 0		
	26/1 = 0	22/2 = 0	23/3 = 0	24/4 = 0	23/5 = 0	19/6 = 0	19/7 = 0	22/08 = 0	21/9 = 0			

MONITORAGGIO INDICATORE RILEVAZIONE PARAMETRO DEL DOLORE I.08.190 R

Cod. I.	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile 2011	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Agosto	Settembre 2011	Ottobre 2011	Novembre 2011	Dicembre 2011
I.08.190 R				26/4 = 1	9/05 = 2	09/6 = 1	07/7 = 1	09/8 = 1	21/9 = 0	10/10 = 0	7/11 = 0	9/12 = 1
					30/5 = 0	24/6 = 0	28/7 = 1	25/8 = 0	30/9 = 1	25/10 = 0	24/11 = 1	28/12 = 0

AZIONE CORRETTIVA

Come riportato nella scheda di monitoraggio, nel primo trimestre di elaborazione, a partire dal mese di Aprile 2011, risulta che l' 85,2% delle schede erano compilate. Nei mesi successivi si è registrato un miglioramento fino ad arrivare al mese di Gennaio 2012 nel quale si è evidenziato che tutte le schede erano compilate.

Cod. I.	Gennaio 2012	Febbraio 2012	Marzo 2012	Aprile 2012	Maggio 2012	Giugno 2012	Luglio 2012	Agosto 2012	Settembre 2012	Ottobre 2012	Novembre 2012	Dicembre 2012
I.08.190 R	10/1 = 0	7/02 = 0	9/03 = 0	6/04 = 0	7/05 = 0	5/06 = 0	3/07 = 0	02/08 = 0	07/09 = 0	04/10 = 0		
	25/1 = 0	24/2 = 0	26/3 = 0	26/4 = 0	24/5 = 0	19/6 = 0	19/07 = 0	21/08 = 0	21/09 = 0			

MONITORAGGIO INDICATORE GESTIONE DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA I.06.190 R

Cod. I.	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile 2011	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Agosto	Settembre 2011	Ottobre 2011	Novembre 2011	Dicembre 2011
I.06.190 R				26/4 = 2	9/05 = 1	09/6 = 2	07/7 = 1	10/8 = 1	21/9 = 2	10/10=1	7/11 = 0	9/12 = 0
					30/5 = 2	24/6 = 1	28/7 = 1	24/8 = 0	30/9 = 0	25/10=1	24/11 = 1	28/12=0

AZIONE CORRETTIVA

Come riportato nella scheda di monitoraggio nei primi tre mesi di osservazione, a partire dal mese di Aprile 2011, il 70,38% delle schede era compilato. Nei mesi successivi si è registrato un miglioramento fino ad arrivare al mese aprile 2012 durante il quale il 96,3,% delle schede è stato compilato.

Cod. I.	Gennaio 2012	Febbraio 2012	Marzo 2012	Aprile 2012	Maggio 2012	Giugno 2012	Luglio 2012	Agosto	Settembre 2012	Ottobre 2012	Novembre 2012	Dicembre 2012
I.06.190 R	10/1 =1	7/02 = 0	9/03 = 0	6/04 = 0	7/05 = 0	5/06 =0	4/07 = 0	03/08=0	06/9= 0	3/10= 0		
	25/1=1	24/2 = 1	26/3 = 0	26/4 = 0	24/5 = 0	19/6 = 0	20/7 = 0	22/08=0	20/9= 0			

Pianificazione Assistenziale

- 2012: revisione della Cartella Infermieristica in tutta la Fondazione, seguendo il Modello delle prestazioni infermieristiche (Marisa Cantarelli, Teorica dell'assistenza infermieristica).
- La scheda di pianificazione è costituita da 9 aree che identificano i bisogni di assistenza infermieristica.
- All'ingresso del paziente vengono rilevati i bisogni assistenziali alterati e vengono monitorati fino alla loro risoluzione.
- I bisogni vengono rivalutati ogni 24 ore.
- In qualsiasi momento, se necessario, possono essere aperti altri bisogni di assistenza infermieristica, in relazione al modificarsi delle condizioni clinico assistenziali del degente.

NUOVA CARTELLA INFERMIERISTICA

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

UNITÀ OPERATIVA		DATA D'INGRESSO	
		GENERE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	
NAZIONALITÀ		LINGUA PARLATA	
MOTIVO DEL RICOVERO DICHIARATO DAL PAZIENTE		ALLERGIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
PATOLOGIE CONCOMITANTI			
SITUAZIONE FAMILIARE Presenza di caregiver <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ specificare per quanto tempo Familiare/persone di riferimento <input type="checkbox"/> Vive in Istituto <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Persona nota ai servizi sociali			
TRASFERIMENTO Da a Data / /		TRASFERIMENTO Da a Data / /	
TRASFERIMENTO Da a Data / /			
Farmaci personali consegnati al momento del ricovero <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ		Consegnati oggetti di valore (Check list PT.11.FM.01) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
*STATO FUNZIONALE (Item scale Brass) (0 = auto no mo 1= dipendente)			
	Alimentazione nei/ nutrizione	Igiene nei/ abbigliamento	Andare in bagno
	Spesimanti/ mobilità	Gestione Incontinenza intestinale	Gestione Incontinenza urinaria
	Preparazione del cibo	Resposabilità nell'uso di medicinali	Capacità di gestire il denaro
	Fare acquisti	Utilizzo di mezzi di trasporto	TOTALE
INGRESSO			
DIMISSIONE			
*da compilare solo per pazienti adulti			
Infermiere che esegue la valutazione all'ingresso (firma e matricola) Ora			

VALUTAZIONE ALL'INGRESSO

RESPIRAZIONE

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EUPNOICO <input type="checkbox"/> DISPNOICO FR. <input type="checkbox"/> SPO2 TOSSE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ caratteristiche <input type="checkbox"/> O2 TERAPIA (l/min) ↘ <input type="checkbox"/> OCCHIALINI <input type="checkbox"/> MASCHERINA CON RESERVOIR <input type="checkbox"/> MASCHERA DIVENTURI | <ul style="list-style-type: none"> COLORITO CUTI <input type="checkbox"/> ROSSO <input type="checkbox"/> PALLIDO <input type="checkbox"/> GIANDICCIO <input type="checkbox"/> MAREZZATO <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIZZATO <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> MONITORAGGIO RESPIRATORIO |
|--|---|

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NATURALE PROTESI DENTARIA MOBILE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ↘ <input type="checkbox"/> SUPERIORE <input type="checkbox"/> INFERIORE <input type="checkbox"/> FISSA <input type="checkbox"/> MOBILE EDENTULO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ LESIONI CAVO ORALE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ DIETA LIBERA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ DIETA PER PATOLOGIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ quali DEGLUTIZIONE <input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISRAGICO → <input type="checkbox"/> SOLIDI <input type="checkbox"/> LIQUIDI INSULINO-DIPENDENTE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ IPOGLICEMIZZANTI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ INTOLLERANZE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ quali ESIGENZE ALIMENTARI LEGATE AL CREDO RELIGIOSO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ quali <input type="checkbox"/> PARENTERALE 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ENTERALE S.N.G. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ data di posizionamento calibro P.E.G. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ALTRO 	<p>BMI</p> <p>Peso (Kg) =</p> <p>Altezza (metri) =</p> <p><i>formula per il calcolo:</i></p> <p>Peso (Kg) / Altezza x Altezza (in metri) =</p> <p>Scala di riferimento</p> <table border="1"> <tr> <td><18</td> <td>Sottopeso</td> </tr> <tr> <td>19 - 23</td> <td>Normale</td> </tr> <tr> <td>24 - 29</td> <td>Sovrappeso</td> </tr> <tr> <td>30 - 39</td> <td>Obesità</td> </tr> <tr> <td>> 40</td> <td>Obesità grave</td> </tr> </table>	<18	Sottopeso	19 - 23	Normale	24 - 29	Sovrappeso	30 - 39	Obesità	> 40	Obesità grave
<18	Sottopeso											
19 - 23	Normale											
24 - 29	Sovrappeso											
30 - 39	Obesità											
> 40	Obesità grave											
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO 												

IGIENE

ASPETTO <input type="checkbox"/> CURATO <input type="checkbox"/> NON CURATO PRESENZA LESIONI DA PRESSIONE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI MEDICAZIONE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo stato VACTHERAPY <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO	CUTE <input type="checkbox"/> INTEGRA <input type="checkbox"/> COLORITO <input type="checkbox"/> SOLUZIONI DI CONTINUO tipo sede <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> NORMOIDRATATA <input type="checkbox"/> DISIDRATATA	SCALA DI BRADEN Punteggio rischio = Scala di riferimento e presidio correlato <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="background-color: #e0e0e0;">Rischio</th> <th style="background-color: #e0e0e0;">Presidio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">>18</td> <td style="text-align: center;">Nessuno</td> <td style="text-align: center;">Standard</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18-15</td> <td style="text-align: center;">Basso</td> <td style="text-align: center;">Standard</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14-13</td> <td style="text-align: center;">Moderato</td> <td style="text-align: center;">Press. Alt.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-10</td> <td style="text-align: center;">Alto</td> <td style="text-align: center;">Cess. d'aria</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><9</td> <td style="text-align: center;">Altissimo</td> <td style="text-align: center;">Cess. d'aria</td> </tr> </tbody> </table>		Rischio	Presidio	>18	Nessuno	Standard	18-15	Basso	Standard	14-13	Moderato	Press. Alt.	12-10	Alto	Cess. d'aria	<9	Altissimo	Cess. d'aria
	Rischio	Presidio																		
>18	Nessuno	Standard																		
18-15	Basso	Standard																		
14-13	Moderato	Press. Alt.																		
12-10	Alto	Cess. d'aria																		
<9	Altissimo	Cess. d'aria																		

MOVIMENTO

UTILIZZO DI PRESIDI/AUSILI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ↴ <input type="checkbox"/> BASTONE <input type="checkbox"/> STAMPELLE <input type="checkbox"/> CORSETTI <input type="checkbox"/> CARROZZINA <input type="checkbox"/> TUTORI <input type="checkbox"/> DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> PROTESI <input type="checkbox"/> FASCIATURE CONTENITIVE DECUBITO/POSIZIONI <input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> OBBLIGATO → specificare <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO ↴ <input type="checkbox"/> MOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DEAMBULAZIONE

RIPOSO E SONNO

<input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> INSONNIA <input type="checkbox"/> ALTERAZ. CICLO SONNO/VEGLIA DISTURBI CHE ALTERANO IL SONNO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quali..... ABITUDINI CHE FACILITANO IL SONNO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → <input type="checkbox"/> LETTURA <input type="checkbox"/> TELEVISIONE <input type="checkbox"/> ASSUNZIONE BEVANDE FARMACI IN USO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA

P.A. / mm/hg F.C. B/min. <input type="checkbox"/> RITMICO <input type="checkbox"/> ARITMICO <input type="checkbox"/> ALTRO T.A. °C T.R. °C EDEMI DECLIVI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI VASOCOSTRIZIONE PERIFERICA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI PRESENZA DI DISPOSITIVI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI PACEMAKER <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI IN CONTINUO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI C.V.C. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo sede data pos. C.V.P. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI tipo sede data pos. FARMACI IN USO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
--

INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> SORDITÀ <input type="checkbox"/> MUTISMO <input type="checkbox"/> LARINGECTOMIA COMPRESIONE LINGUA ITALIANA (SOLO SE STRANIERO) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → <input type="checkbox"/> LETTURA <input type="checkbox"/> SCRITTURA <input type="checkbox"/> PAROLE SEMPLICI <input type="checkbox"/> CONCETTI <input type="checkbox"/> FRASI COMPLESSE NECESSITA DEL MEDIATORE LINGUISTICO / CULTURALE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI UTILIZZA MEZZI E TECNICHE DI COMUNICAZIONE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quali
--

AMBIENTE SICURO

<p>STATO DI COSCIENZA <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> COMA</p> <p>STATO PSICO-EMOTIVO* <input type="checkbox"/> NON ALTERATO <input type="checkbox"/> ALTERATO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WANDERING <input type="checkbox"/> AGITATO <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVO* <input type="checkbox"/> AUTOLESIONISMO <input type="checkbox"/> RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO</p> <p>ALTERAZIONI SENSORIALI</p> <p>VISTA <input type="checkbox"/> NON ALTERATA <input type="checkbox"/> ALTERATA specificare utilizzo <input type="checkbox"/> OCCHIALI <input type="checkbox"/> LENTI A CONTATTO <input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p>UDITO <input type="checkbox"/> NON ALTERATO <input type="checkbox"/> ALTERATO specificare protesi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx altro</p> <p>CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (P.13 F)</p> <p>PORTATORE DI DRENAGGIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI sede</p> <p>NECESSITÀ DI ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> STRETTO <input type="checkbox"/> DA CONTATTO <input type="checkbox"/> ENTERICO <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> PROTETTO</p> <p>(SE PREVISTA) INVIATA DENUNCIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO → avisato il dr.</p> <p>INFORMATO SUI DISPOSITIVI DI CHIAMATA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare</p>	<p>* SCALA OVERT aggressività</p> <p><input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> VERSO OGGETTI <input type="checkbox"/> VERSO PERSONE <input type="checkbox"/> VERSO SE STESSI</p> <p>GLASGOW COMA SCALE (usare se paziente soporoso o coma o se usualmente utilizzata in UO) Punteggio =</p> <p>SCALA STRATIFY (PT. 01 F) Punteggio rischio = CUT OFF ≥ 2</p>
--	--

VALUTAZIONE DEL DOLORE

<p>NRS Punteggio =</p> <p>SEDE tipo</p> <p>MANIFESTAZIONE <input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTTURNO</p> <p>PERIODICITÀ <input type="checkbox"/> CONTINUO <input type="checkbox"/> INTERMITTENTE <input type="checkbox"/> ACCESSORIALE <input type="checkbox"/> URENTE</p> <p>INTERFERENZA CON <input type="checkbox"/> MOVIMENTO <input type="checkbox"/> SONNO <input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DI VITA</p> <p>UTILIZZO DI FARMACI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>TECNICHE ANTALGICHE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → quali</p>	<p>Scala di riferimento NRS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>Assenza di dolore</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1-3</td><td>Lieve</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4-7</td><td>Moderato</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8-10</td><td>Severo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td>Dolore</td></tr> </table> <p>WONG BAKER Entità del dolore Nessuno Lieve Moderato Forte Insopportabile</p> <p style="text-align: center;"> </p>	0	Assenza di dolore	1-3	Lieve	4-7	Moderato	8-10	Severo	10	Dolore
0	Assenza di dolore										
1-3	Lieve										
4-7	Moderato										
8-10	Severo										
10	Dolore										

PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE

<p>ETÀ (una opzione) 0 = 55 ANNI O MENO 1 = 56-64 ANNI 2 = 65-79 ANNI 3 = 80 ANNI E PIÙ</p> <p>STATO COGNITIVO (una opzione) 0 = ORIENTATO 1 = DISORIENTATO IN ALCUNE SFERE* A VOLTE 2 = DISORIENTATO IN ALCUNE SFERE* SEMPRE 3 = DISORIENTATO IN TUTTE LE SFERE* A VOLTE 4 = DISORIENTATO IN TUTTE LE SFERE* SEMPRE 5 = COMATOSO * SFERE: SPAZIO, TEMPO, LUOGO E SÉ</p> <p>MODELLO COMPORTAMENTALE (ogni opzione valida) 0 = APPROPRIATO 1 = WANDERING 1 = AGITATO 1 = CONFUSO 1 = ALTRO</p> <p>N. DI RIC. PREGR./IN PS (una opzione) 0 = NESSUNO NEGLI ULTIMI 3 MESI 1 = UNO NEGLI ULTIMI 3 MESI 2 = DUE NEGLI ULTIMI 3 MESI 3 = PIÙ DI DUE NEGLI ULTIMI 3 MESI</p> <p>NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una opzione) 0 = MENO DI TRE FARMACI 1 = DA TRE A CINQUE FARMACI 2 = PIÙ DI CINQUE FARMACI</p>	<p>MOBILITÀ (una opzione) 0 = DEAMBULA 1 = DEAMBULA CON AIUTO DI AUSILI 2 = DEAMBULA CON ASSISTENZA 3 = NON DEAMBULA</p> <p>COND. DI VITA E SUPP. SOCIALE (una opzione) 0 = VIVE COL CONIUGE 1 = VIVE CON LA FAMIGLIA 2 = VIVE SOLO CON IL SOSTEGNO DELLA FAMIGLIARE 3 = VIVE SOLO CON IL SOSTEGNO DI AMICI E CONOSCENTI 4 = VIVE SOLO SENZA ALCUN SOSTEGNO 5 = ASSISTENZA DOMICILIARE/RESIDENZIALE</p> <p>N. DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una opzione) 0 = TRE PROBLEMI CLINICI 1 = DA TRE A CINQUE PROBLEMI CLINICI 2 = PIÙ DI CINQUE PROBLEMI CLINICI</p> <p>STATO FUNZIONALE RIPORTARE IL PUNTEGGIO DELLA PRIMA PAGINA.....</p>	<p>SCALA BRASS PUNTEGGIO TOTALE =</p> <p>Rischio di dimissione difficile</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0-10</td><td>Basso rischio</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11-19</td><td>Medio rischio</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">≥ 20</td><td>Alto rischio</td></tr> </table> <p>Se Indice di Brass > a 10 attivare il PT.03.SITRA.</p>	0-10	Basso rischio	11-19	Medio rischio	≥ 20	Alto rischio
0-10	Basso rischio							
11-19	Medio rischio							
≥ 20	Alto rischio							

ABBREVIAZIONI

B.A.I.	BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA
P	PRESENTE
A	ASSENTE
I/G	INDIRIZZARE / GUIDARE
S	SOSTENERE
SO	SOSTITUIRE
E	EFFICACE
NE	NON EFFICACE
S	SOSPESO
FKT	FISIOTERAPISTA
LO	LOGOPEDISTA
CG	CARE GIVER
VO	VOLONTARIO
FUT	FOGLIO UNICO DI TERAPIA

Grazie per l'attenzione



alberto.tedeschi@policlinico.mi.it