



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE  
INFERMIERISTICA  
DEI PAZIENTI COVID-19:  
ANALISI RETROSPETTIVA**

Relatore: Chiar.mo

**Dott.ssa STEFANIA RASORI**

Tesi di Laurea di:

**SARA CESARETTI**

Correlatore: Chiar.mo

**Dott.ssa SERENA FRASSINI**

A.A. 2019/2020

*A me stessa,  
a tutto quello che sei anni fa  
il linfoma/leucemia improvvisamente mi ha tolto  
e a tutto quello che allo stesso tempo mi ha donato:  
una seconda possibilità!*

## **INDICE:**

Premessa	p. 4
1. INTRODUZIONE	
1.1 Cos'è la cartella infermieristica	p. 6
1.2 Struttura della cartella infermieristica	p. 7
1.3 Requisiti della documentazione infermieristica	p. 9
1.4 Problemi legali relativi alla tenuta della documentazione infermieristica	p.12
1.5 Qualità della documentazione infermieristica: revisione della letteratura	p.15
1.6 La documentazione infermieristica in uso nell'azienda AORMN	p.16
2. OBIETTIVO	p.17
2.1 Domanda di ricerca	p.17
3. MATERIALI E METODI	p.18
4. RISULTATI	p.21
5. DISCUSSIONE	p.25
6. CONCLUSIONE	p.29
7. IMPLEMENTAZIONI PER LA PRATICA	p.30
8. BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA	p.32

ALLEGATI

## **PREMESSA**

I numerosi cambiamenti che negli ultimi mesi hanno interessato l'Italia e il resto del mondo a causa della pandemia da Covid-19 hanno evidenziato la necessità di rivedere e ridefinire, soprattutto in ambito sanitario, disposizioni organizzative e procedurali per consentire agli ospedali di fronteggiare la nuova emergenza.

Nell'attuale contesto sanitario gli operatori sono largamente impegnati a gestire l'emergenza, dovendo fornire risposte adeguate alla crescente e, allo stesso tempo, complessa domanda assistenziale e di cura, intesa sia come agire tecnico-scientifico che come agire relazionale.

All'interno degli ospedali la fase 1 della nuova pandemia ha creato enormi problemi nei reparti, in particolare in quelli deputati alla gestione delle situazioni critiche, ovvero le terapie intensive.

La prima risposta messa in campo da quasi tutte le nazioni è stata il potenziamento della capacità di accoglienza da parte delle strutture. Particolare attenzione è stata rivolta all'aumento dei posti letto e alla disponibilità delle strumentazioni per la cura, nonostante siano stati differenti i risultati ottenuti e le difficoltà riscontrate. All'interno degli ospedali, interi reparti hanno subito una riconversione, mentre al di fuori c'è stato l'allestimento di strutture, quasi tutte temporanee, in grado di ospitare i nuovi malati infettivi.

Come ad ogni nuovo ricovero, per ogni paziente, sia i medici che gli infermieri sono stati chiamati alla compilazione di una cartella clinica. Nella routine di tutti i giorni, un lavoro di questo tipo richiede tempo, in quanto nella cartella sono contenute una serie di domande da sottoporre al paziente o al familiare, attraverso le quali vengono ricavate tutte le informazioni necessarie. Ora provate a pensare cosa significhi compilare una cartella clinica durante un periodo di emergenza simile a questo, dove continuo e innumerevole era l'afflusso di pazienti affetti da Covid-19, considerando inoltre la gestione di quelli che erano già ricoverati e l'insufficienza di personale sanitario all'interno delle varie strutture.

Da qui, nasce la mia idea di tesi, ovvero un'analisi retrospettiva volta alla revisione della qualità della documentazione infermieristica dei pazienti affetti da Covid-19.

Il mio lavoro in particolare si è concentrato sulla revisione di indicatori ben precisi, al fine di capire cosa in quel periodo, non per negligenza da parte del personale infermieristico e medico, ma a causa della situazione di forte emergenza, è andato perso, è mancato, è stato carente, con l'obiettivo di capire quali sono gli accorgimenti da adottare al fine di apportare miglioramenti adeguati e soprattutto efficaci.

La prima parte del lavoro si focalizza sull'approfondimento della documentazione infermieristica, cos'è, cosa deve contenere, quali sono le qualità che la caratterizzano e gli eventuali problemi che derivano da una errata o incompleta compilazione.

La seconda parte invece analizza e descrive la fase sperimentale, i materiali e i metodi utilizzati nel mio lavoro di analisi, i risultati che sono emersi dal mio studio retrospettivo e quali azioni potrebbero essere adottate per migliorare la tenuta della documentazione infermieristica in una situazione particolare quale è stata quella provocata dalla pandemia di Covid-19.

# 1. INTRODUZIONE

## LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

### 1.1 COS'È LA CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica, accolta con il DPR 384/1950, è un elemento di valutazione utilizzato per la qualità dell'assistenza infermieristica ed è lo strumento con il quale l'infermiere ne documenta la pianificazione attuata ed elaborata per ogni assistito. All'interno del decreto è stabilito che l'infermiere ha il compito annotare sulle schede cliniche gli abituali rilievi di competenza ed è responsabile nel conservare tutta la documentazione clinica fino al momento della consegna agli archivi centrali.

L'assistenza infermieristica, in base all'art. 1 del DM 739/1994, “è di natura tecnica, relazionale, educativa”, perciò deve comprendere anche la descrizione degli aspetti relazionali oltre a quelli tecnici.

La cartella infermieristica deve contenere al suo interno:

- una raccolta di informazioni, che contiene dati utili a fornire un quadro generale della persona e dei suoi problemi clinici, elementi per conoscere in che modo la persona manifesta i bisogni, fattori che solitamente ne favoriscono la soddisfazione e conoscenze e comportamenti volti a migliorarla.
- un'identificazione dei bisogni, i quali, attraverso l'analisi delle informazioni raccolte, vengono distinti in due categorie: quelli soddisfatti autonomamente dalla persona, che necessitano di essere comunque sorvegliati e quelli che la persona non riesce a soddisfare in maniera autonoma.
- una formulazione degli obiettivi, che mira ad informare e spiegare il risultato dell'assistenza e definire la pianificazione assistenziale. L'obiettivo è la descrizione di una situazione finale verso la quale il sanitario, l'infermiere e la persona assistita devono indirizzare i loro sforzi e realizzare le loro scelte.
- una pianificazione delle azioni, che consiste nella programmazione di azioni sanitarie e infermieristiche ed è la parte della cartella in cui i professionisti documentano le scelte e l'attuazione degli interventi che ritengono possano portare alla riduzione dei bisogni di assistenza individuati.

- il diario infermieristico, nel quale vengono registrate, in ordine cronologico, le osservazioni relative ai cambiamenti delle condizioni della persona e gli eventi previsti nella pianificazione assistenziale.
- una valutazione dei risultati : deve essere fatta alla fine del periodo di degenza, per definire lo stato di salute e il grado di autonomia che il paziente ha raggiunto nel soddisfacimento dei bisogni, evidenziando, se necessario, quali interventi infermieristici-assistenziali dovrebbero essere attuati a domicilio; queste ultime indicazioni andrebbero riportate anche nella lettera di dimissione.

La documentazione infermieristica è dunque importante, in quanto velocizza il passaggio di informazioni tra colleghi, diminuisce il rischio di errore clinico, ha valore legale ed è parte integrante della cartella clinica.

## **1.2 STRUTTURA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA**

La documentazione infermieristica è composta dalla raccolta dei dati anamnestici, dalle diagnosi infermieristiche, dalla pianificazione degli interventi, dal diario infermieristico, dalle schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici e dalla valutazione dell'assistenza prestata all'utente.

Non esiste un modello unico di Cartella Infermieristica, ma le equipe di ciascun reparto dovranno progettarne una in base al proprio contesto e alle proprie esigenze lavorative.

I documenti che compongono la cartella infermieristica sono:

### **1. Anamnesi infermieristica**

- Dati anagrafici (amministrativi, sociali, sanitari)
- Diagnosi/motivo del ricovero
- Patologie attuali, pregresse e croniche
- Terapia domiciliare
- Tipologia del ricovero
- Data ingresso e dimissione
- Valutazione del paziente all' ingresso e alla dimissione con apposite scale di valutazione (es scala di Braden, Barthel )

## **2. Scheda della terapia**

Per una corretta gestione della somministrazione della terapia, in una parte della cartella infermieristica, vengono scritte le prescrizioni mediche relative ai farmaci da somministrare.

La stesura grafica, variabile a seconda dell'unità operativa dove viene utilizzata, deve contenere:

- Nome del paziente
- Tipo di farmaco
- Dosaggio e via di somministrazione
- Orario e via di somministrazione
- Prescrizione e firma del medico
- Somministrazione e firma dell'infermiere
- Data di inizio e fine della terapia
- Allergie, se riferite/presenti
- Farmaci al bisogno

## **3. Scheda dei parametri vitali**

All'interno di questa scheda sono riportati i parametri vitali del paziente; la rilevazione può essere svolta in base alla prescrizione medica, in base alle esigenze dell'unità operativa oppure possono essere rilevati dall'infermiere qualora lo ritenga necessario.

La scheda di rilevazione deve contenere:

- Data e ora
- Frequenza con cui sono effettuate le rilevazioni (ogni ora, ai pasti)
- Sigla di chi esegue la rilevazione

## **4. Scale di valutazione**

Servono per individuare in modo oggettivo e dettagliato i bisogni del paziente.

La valutazione delle condizioni del paziente attraverso indici attenti e accurati, permette di intervenire utilizzando procedure predefinite da un protocollo; inoltre, la rivalutazione fatta più volte durante il periodo di degenza, permette all'infermiere di osservare l'andamento delle condizioni di salute del paziente.



## **5. Diario Infermieristico**

È il documento nel quale l'infermiere registra, durante il proprio turno di lavoro, i dati che riguardano le variazioni dello stato di salute del paziente e i relativi interventi assistenziali messi in atto direttamente dall' infermiere o su prescrizione medica.

Deve contenere:

- Cognome e nome del paziente
- Numero del foglio
- Data
- Indicazioni sul turno di servizio
- Rilievi e osservazioni
- Firma dell'infermiere

## **1.3 REQUISITI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA**

La cartella infermieristica rappresenta per l'infermiere, uno strumento di organizzazione, pertanto dovranno rientrarvi: le attività e gli interventi svolti dal momento della presa in carico fino alla dimissione, l'attuazione del processo assistenziale, la rilevazione dei parametri vitali, dei rischi e degli eventi indesiderati, la valutazione dell'assistenza.

È quindi molto importante e utile per dimostrare ciò che è stato fatto e per garantire trasparenza e continuità assistenziale. “Ciò che non è scritto non è stato fatto”, pronuncia la giurisprudenza, per questo la corretta tenuta della documentazione è un preciso dovere etico, giuridico e professionale e, in quanto parte integrante della cartella clinica che è un atto pubblico di fede privilegiata, è anch'essa un atto pubblico. Esistono pertanto dei noti requisiti che tutte le cartelle cliniche e mediche, comprese quelle infermieristiche, dovrebbero avere.

Essi sono:

- Rintracciabilità: ovvero la possibilità di risalire a tutte le attività, gli esecutori, i materiali/strumenti e i documenti relativi al ricovero.

- Chiarezza: il testo deve essere leggibile, comprensibile, sicuro ed è opportuno applicare una corretta modalità di rettifica di eventuali errori.
- Accuratezza: riferita ai dati clinici scritti e trascritti.
- Veridicità: è il requisito più importante, si riferisce all'annotazione simultanea o immediatamente successiva rispetto al verificarsi degli eventi e dell'acquisizione dei dati. Si intende l'esatta corrispondenza fra realtà osservata, percepita e quanto scritto.
- Pertinenza: consiste nel registrare informazioni correlate alle esigenze di assistenza.
- Completezza: la cartella clinica deve essere completamente redatta e compilata in ogni sua parte.

L'applicazione pratica dei requisiti è dunque fondamentale in modo tale che la cartella infermieristica diventi sempre più uno strumento di prestigio.

La responsabilità della compilazione e della custodia della cartella clinica, fino alla consegna nell'archivio centrale dell'azienda, spetta al primario del reparto. Dopo che il paziente è stato dimesso, le cartelle cliniche, ciascuna avente un numero progressivo, sono conservate sotto il controllo del direttore sanitario. Esse devono essere conservate illimitatamente perché raffigurano un atto ufficiale indispensabile al fine di garantire la certezza del diritto; inoltre costituiscono una preziosa fonte documentaria nel caso di ricerche a carattere storico-sanitario. La conservazione va effettuata inizialmente, come è già stato detto, in un archivio corrente, poi passati 40 anni in una parte separata di archivio, creata dalla struttura sanitaria.

Il paziente ha diritto a visionare o avere copia integrale della cartella clinica, che può essere rilasciata anche su richiesta dei familiari aventi diritto, dell'Autorità giudiziaria o di altri enti pubblici autorizzati. Soprattutto nel periodo di emergenza da Covid-19, innumerevoli sono state le richieste di visione di cartelle cliniche da parte dei familiari dell'assistito. Tutto ciò a causa dell'assenza di informazioni costanti e dirette alle quali attingere rispetto all'andamento delle condizioni di salute dei propri familiari, subordinato inoltre all'impossibilità di accedere in ospedale per fare visita ai propri cari o per richiedere un semplice colloquio con il personale medico.

La cartella infermieristica subisce notevoli differenze a seconda del contesto lavorativo nella quale viene utilizzata, evidenziando gravi disomogeneità con una netta prevalenza

di elementi negativi. Ad oggi, emerge infatti, una scarsa e insufficiente progettualità a livello delle diverse aziende ospedaliere. In alcuni contesti la cartella infermieristica risulta essere informatizzata e gode della massima stima da parte del team di lavoro, in altri reparti invece, dove non ha subito evoluzioni, è chiamata ancora con il suo nome arcaico “quaderno delle consegne” e non con quello attuale “diario infermieristico”. Questo mancato cambiamento porta con sé diversi aspetti negativi e innumerevoli problematiche. In particolare, nelle cartelle infermieristiche non ancora informatizzate, sono spesso presenti calligrafie di difficile comprensione, abbreviazioni, parole da interpretare, firme o sigle che difficilmente sono riconducibili all’autore. Le cancellature solitamente non mancano così come la difficoltà nel ricostruire il percorso clinico, con il risultato di una scarsa leggibilità globale.

Inoltre nelle cartelle non informatizzate, ovvero in quelle ancora cartacee, il rischio che qualche documento o foglio vada perso è molto alto, soprattutto in periodi di emergenza, quando i pazienti vengono spostati, per esigenze diverse, da un reparto all’altro o le stesse unità operative effettuano traslochi al proprio interno.

Emerge quindi la necessità e l’obbligo di una documentazione adeguata.

Nella giurisprudenza la documentazione è utile all’infermiere per dimostrare e rendere noti fatti inerenti all’attività svolta e alla regolarità delle operazioni amministrative delle quali è responsabile. In casi di questo tipo, documenti quali la cartella clinica e il “libro delle consegne” del personale paramedico, sono fondamentali per la ricostruzione degli eventi avvenuti. Perciò sia la documentazione medica sia la documentazione infermieristica hanno lo stesso valore legale.

Alcune indicazioni da seguire per una giusta compilazione sono:

- Riportare sempre data e ora delle annotazioni e rilevazioni.
- Scrivere in modo che la calligrafia sia chiara e leggibile, per evitare incomprensioni.
- Se è necessario posticipare le annotazioni, sottolineare l’orario dei diversi momenti.
- Firma e sigle leggibili.
- Fare in modo che il collega che entra al turno successivo non sia costretto a interpretare ciò che è stato scritto.

- Sono ammesse cancellature ma non si deve coprire totalmente quanto scritto, è opportuno tirare una riga sopra e scrivere la correzione di seguito.
- Allegare legenda degli acronimi utilizzati.
- Riportare protocolli e procedure utilizzati.
- Nulla deve essere considerato superfluo o insignificante.

## **1.4 PROBLEMI LEGALI RELATIVI ALLA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA**

La corretta compilazione della documentazione clinica, medica e infermieristica è estremamente importante per la presa in carico del paziente e come strumento di tutela per i professionisti sanitari.

La cartella clinica è un documento ufficiale formale che comprende tutte le procedure e gli accertamenti clinico-diagnostici svolti sul paziente. Sono diverse le figure professionali che ne condividono la stesura, la consultazione e le informazioni relative al paziente: medico di reparto, medici specialistici, infermieri, per questo rappresenta uno strumento di comunicazione eccezionale.

Sono necessarie informazioni cliniche accurate e complete, al fine di convalidare e approvare una fonte valida e affidabile da utilizzare per la comunicazione e il miglioramento della qualità e della ricerca.

In caso di compilazione incompleta o mancante della cartella clinica, possono emergere innumerevoli rischi quali ad esempio: errori diagnostici, diagnosi ritardate, errori di terapia. Spesso errori di questo tipo sono dovuti al fatto che ancora oggi si pensa che non sia opportuno scrivere e riportare informazioni in maniera dettagliata in quanto è ancora molto diffusa la convinzione del “meno scrivi meglio è”. Si è convinti infatti che scrivere troppo a volte sia dannoso, ma questo non è assolutamente vero perché in questi casi le omissioni rappresentano dei veri e propri reati. Qualora infatti non si annotino tutte le procedure cliniche effettuate, in una eventuale e futura sede di giudizio non sarà possibile dimostrare di aver agito in maniera corretta.

Nell’ambito di responsabilità professionale, una cartella clinica incompleta può comportare due ordini di responsabilità: di tipo amministrativo, in quanto si può essere

richiamati da parte dell'amministrazione per non aver svolto bene il proprio lavoro; oppure responsabilità di tipo penale o civile che si ripercuotono direttamente sul professionista che, a causa di eventuali omissioni relative al percorso clinico/diagnostico, può finire in giudizio o essere chiamato a pagare dei risarcimenti. In caso di colpa grave, l'azienda può rivalersi sul professionista.

I principali reati a cui l'infermiere può andare incontro per la mancata o scorretta compilazione della documentazione clinica sono:

- *Falso materiale*, ovvero chi falsifica un atto pubblico, in maniera totale o parziale, è punito con reclusione che va da uno a sei anni.
- *Falso ideologico*, consiste nell'annotare qualcosa che si differenzia rispetto alla realtà dei fatti; chi produce falso ideologico subisce la pena sopra citata.
- *Rifiuto/ omissione atti d'ufficio*, consiste nel rifiutare un atto del proprio dovere professionale, in questo caso rifiutarsi di compilare la cartella clinica o infermieristica incorre in reato con una pena che va da 6 mesi a due anni.

Tutto ciò conferma che la scarsa accortezza relativa alla conservazione, custodia o compilazione della cartella clinica, comporta che la responsabilità dei danni eventualmente cagionati a seguito di trattamenti sanitari, non potendo essere adeguatamente provati attraverso la veridicità e la completezza della cartella clinica, venga addebitata al sanitario oltre che alla struttura sanitaria.

A volte, a causa del fallimento degli infermieri nel documentare efficacemente e sufficientemente i processi infermieristici, la sicurezza del paziente viene compromessa; quando la documentazione è inadeguata, riflette un'assistenza scadente con possibilità di contenzioso. È opportuno quindi adottare alcuni accorgimenti in modo da avere la possibilità di tutelarsi. Il medico e l'infermiere dovrebbero fare riferimento alla struttura della cartella clinica e compilarla in tutte le sue parti utilizzando una scrittura chiara e leggibile.

Inoltre è utile predisporre di una check-list soprattutto al momento della dimissione per verificare di non aver dimenticato di prescrivere la terapia, redigere un referto, annotare tutti gli accertamenti diagnostici e appurare che tutto sia stato compilato correttamente.

Anche l'ambiente di lavoro può influire su questi processi, in quanto tutte le operazioni di compilazione della cartella richiedono tempo, e negli ospedali di tempo non ce n'è mai abbastanza. Inoltre, spesso, si lavora in multitasking, ovvero un professionista in

un'ora può dover svolgere compiti diversi contemporaneamente; c'è anche il problema delle interruzioni che è un'altra causa importante di errore. In alcuni ospedali all'avanguardia sono state previste delle aree apposite in cui i medici possono redigere in tranquillità la cartella clinica, prescrivere la somministrazione dei farmaci e gli infermieri possono prepararli in tranquillità.

Una possibile soluzione al problema potrebbe essere la creazione di cartelle cliniche informatizzate. È necessario però che siano ergonomiche, predispongano cioè strumenti operativi in maniera proattiva con l'obiettivo di migliorare l'assistenza e prevenire il rischio clinico. Esse inoltre dovrebbero contenere tutte le informazioni necessarie al clinico e consentire l'elaborazione dei dati. Nonostante questa sembri la soluzione al problema, la cartella clinica informatizzata presenta alcuni limiti legati in particolare al suo utilizzo: spesso problemi di rete possono allungarne i tempi di compilazione portando a non evidenziare le condizioni cliniche più importanti; di conseguenza da una conoscenza limitata e incompleta del quadro clinico, possono derivare mancanze.

Solo una adeguata documentazione delle attività svolte, che sia attinente solo alla prestazione erogata e non a fatti che si allontanano dalle buone pratiche assistenziali, potrà scagionare dall'eventuale responsabilità l'infermiere o più in generale il sanitario, da ogni colpa a lui attribuita; è quindi oggi un dovere etico, ma soprattutto giuridico, la redazione di una documentazione clinico-infermieristica precisa e puntuale.

## **1.5 QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: REVISIONE DELLA LETTERATURA**

La documentazione relativa alla cura del paziente è un elemento fondamentale, ma critico, utilizzato dagli infermieri per comunicare lo stato di salute attuale riguardante i bisogni individuali del paziente e le reazioni/risposte all'assistenza fornita.

In uno studio condotto in Jamaica in tre ospedali pubblici, un audit della documentazione infermieristica, attraverso l'utilizzo del metodo dello studio trasversale, ne ha evidenziato l'imperfezione e per questo la necessità di una maggiore formazione e un continuo monitoraggio della stessa: meno di un terzo dei documenti controllati registravano dati di valutazione adeguati, meno del 5% delle cartelle riportava

interventi educativi per il paziente e solo il 13,5% riportava la pianificazione delle dimissioni entro 72 ore dall'ingresso, standard fissati per quelle realtà assistenziale (Lindo J, et al, 2016)

Uno studio quali-quantitativo condotto a Bangkok, Thailandia, sulla complessità della documentazione infermieristica, ha dimostrato che le problematiche inerenti la documentazione infermieristica (documentazione discontinua, schede e grafiche incomplete, inappropriate) erano da riferirsi a scarsa competenza, motivazione e sicurezza da parte dell'infermiere e a procedure di controllo e supervisione inadeguate. (Cheevakasemsook A, et al 2006)

Uno studio americano condotto retrospettivamente in un dipartimento di emergenza del Midwest su tutta la documentazione dei pazienti adulti, ha rilevato che nel 62,1% era documentato un parametro vitale alterato. Il monitoraggio dei valori criticamente alterati era presente nel 14,9% mentre nel 44,6% nessuna documentazione era presente (Johnson KD et al 2017)

Un piccolo studio oggetto di tesi condotto in Sudafrica ha analizzato retrospettivamente la qualità della documentazione infermieristica in terapia intensiva, rilevando che questa era inadeguata per l'accertamento nel 62.6% delle cartelle esaminate, nel 53.11% per le diagnosi infermieristiche, per il 37,1% dei piani di assistenza e per il 40,5% per la valutazione degli stessi. (D.S. Hector 2010)

Un altro studio condotto in Iran evidenzia che solo il 17.09% delle informazioni che i professionisti si scambiano nei passaggi di consegne viene registrato correttamente, l'81,35% parzialmente mentre e il 48% delle cartelle sono prive di molte informazioni essenziali. Uno dei motivi della mancata/inesatta documentazione è da imputarsi alla conoscenza insufficiente della documentazione infermieristica da parte degli infermieri. Gli studi hanno indicato che manca la documentazione clinica nei paesi a basso reddito. (Ebrahimpour F et al, 2016) .

Una verifica retrospettiva delle cartelle cliniche di 211 pazienti adulti a seguito di interventi chirurgici importanti in cinque ospedali australiani hanno mostrato che sia la documentazione medica, sia quella infermieristica, riguardo in particolare ai parametri vitali del paziente erano nella maggior parte dei casi incomplete: durante i primi 3 giorni post-operatori, solo il 17% delle cartelle cliniche aveva una documentazione completa, medica e infermieristica, durante i primi 7 giorni postoperatori,

l'infermieristica era incompleta è per il 5,6% dei turni e la frequenza respiratoria è stata l'osservazione più comunemente non documentata (15,4% dei casi). (McGain et al,2008). La letteratura evidenzia chiaramente che la documentazione infermieristica non è compilata adeguatamente sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli sviluppati.

## **1.6 LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA IN USO NELL'AZIENDA AORMN**

Le linee guida per la documentazione ospedaliera dell'AORMN definiscono il format della cartella infermieristica, lo standard minimo previsto (in termini di moduli e schede accessorie), le modalità per la corretta tenuta e i requisiti minimi di documentazione attesi. Le linee guida includono valutazioni all'ingresso (...), valutazione e rivalutazione sistematica del dolore, monitoraggio dei parametri vitali, valutazione psicosociale, rischio di caduta, integrità cutanea, pianificazione alla dimissione/trasferimento, controlli quotidiani di sicurezza e assistenza infermieristica. Gli aspetti caratterizzanti la qualità della documentazione sono tempestività, accuratezza e completezza della compilazione.

(Vedi Allegato 1)



# **QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DURANTE LA FASE 1 DELLA PANDEMIA COVID-19: ANALISI RETROSPETTIVA**

## **2. OBIETTIVO**

### -Obiettivo principale

Verificare attraverso lo strumento del Medical record auditing retrospettivo la qualità della documentazione infermieristica dei pazienti Covid-19 in fase 1.

### -Obiettivi specifici

1. Determinare l'adesione degli infermieri alle linee guida per la documentazione dei parametri vitali (temperatura, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, pressione arteriosa e dolore), fluido terapia e piani di assistenza infermieristica.
2. Valutare la completezza e l'accuratezza della documentazione infermieristica, come raccomandato dalla politica ospedaliera, in termini di moduli e schede di monitoraggio accessorie relative al rischio di caduta, custodia dei valori, patrimonio venoso, dimissione/trasferimento, dolore, per la buona tenuta della documentazione infermieristica.

### **2.1 DOMANDA DI RICERCA**

1. Qual è stato il livello di adesione alle linee guida per la buona tenuta della documentazione infermieristica in AORMN nel periodo di emergenza sanitaria legato al Covid-19 riguardo all'accertamento e al monitoraggio dei segni vitali?
2. Quali sono le maggiori criticità rilevate in termini di presenza e compilazione delle scale e delle schede aggiuntive?

### 3. MATERIALI E METODI

La cartella clinica è la principale fonte di trasferimento delle informazioni tra i diversi professionisti sanitari; semplifica la comunicazione e permette la registrazione delle cure fornite per evitare effetti collaterali negativi. Le registrazioni, pertanto, devono essere complete e accurate per supportare la qualità e gli aspetti etici e legali dell'assistenza fornita.

Lo strumento utilizzato in questo lavoro di tesi è simile a quello dell'*Audit Clinico* rivolto alla documentazione infermieristica. L'audit ci consente di verificare e rivedere, in maniera reattiva o pro-attiva, la completezza e quindi la qualità della tenuta della documentazione in un momento di emergenza per l'assistenza infermieristica, quale è stato quello corrispondente alla fase 1 della pandemia. Questo strumento ci permette di identificare le lacune, le criticità e gli scostamenti rispetto a standard noti nella forma e contenuto e soprattutto di capire dove la cosa è migliorabile per cercare le migliori soluzioni alle problematiche.

Per sviluppare questa tesi ho effettuato un'accurata revisione delle cartelle infermieristiche utilizzando il processo del *Medical Record Auditing*, contestualizzato alla documentazione infermieristica.

Il Medical Record Auditing è una verifica della cartella clinica ed è un tipo di attività svolta per il miglioramento della qualità e si basa sulla revisione sistematica delle cartelle cliniche.

Le cartelle infermieristiche da esaminare sono state selezionate utilizzando un strategia di campionamento di convenienza, ovvero sono state identificate le prime 100 cartelle di pazienti progressivamente ricoverati nei reparti AORM di terapia intensiva e semi-intensiva con diagnosi di ingresso riferita alla patologia Covid-19 a partire dal 15 marzo 2020. Il numero delle cartelle esaminate è rappresentativo di almeno il 10% del totale dei ricoveri durante la fase 1 della pandemia. L'elenco delle cartelle da auditare è stato predisposto dall'UOC Professioni Sanitarie; ho consultato le cartelle presso l'archivio cartelle del Presidio Ospedaliero San Salvatore di Pesaro nel periodo 15 settembre -25 settembre.

Per la disamina della documentazione sono state necessarie 5 giornate di presenza per un totale di 20 ore.

La valutazione della qualità della documentazione infermieristica è stata eseguita utilizzando una griglia di valutazione o check-list costituita da 26 elementi suddivisi in 7 domini:

1. **Generale, dati riferiti al ricovero**: numero nosologico della cartella, reparto di ingresso, data di ricovero, data di dimissione o trasferimento.
2. **Anamnesi ed accertamento infermieristico all'ingresso**: stato cognitivo, stato nutrizionale, grado di mobilitazione, aspetti relativi all'alimentazione, aspetti relativi all'eliminazione, caratteristiche del sonno/riposo, rilevazione parametri vitali, accertamento relativo al rischio di caduta, accertamento relativo al rischio di lesioni cutanee da pressione, accertamento relativo al grado di autonomia riguardo le attività di vita quotidiane, valutazione del patrimonio venoso.
3. **Scale di valutazione**: scala di Braden, scala di Barthel, scala di Conley, scala NRS/PAINAD.
4. **Modulistiche e sezioni della cartella riferite ad aspetti di carattere medico-legale**: nominativi e recapiti telefonici delle persone riferimento, consegna note informative sul rischio di caduta, modulo di consegna valori/oggetti personali.
5. **Monitoraggio mobilitazione/postura e parametri vitali**: pressione arteriosa, temperatura corporea, saturazione, dolore.
6. **Monitoraggio devices**: cateteri venosi centrali/periferici.
7. **Dimissione/trasferimento**: scheda di dimissione/trasferimento.

Gli elementi della check-list sono stati espressi come domande sì / no.

Un punto è stato assegnato se l'item era presente all'interno della documentazione in modo conforme alle linee guida interne (es. scala di Braden correttamente compilata), zero in caso contrario. In base alla tipologia di setting, gli item relativi alle scale di Barthel e Conley, alla valutazione multidimensionale del rischio di caduta e consegna delle relative note informative sono stati considerati "non applicabili" per la documentazione riferita a pazienti di area intensiva (rianimazione). Gli item riferiti ai monitoraggi, se presenti ma in maniera non sistematica, sono stati classificati come "discontinuo". Gli item riferiti all'accertamento infermieristico all'ingresso (stato cognitivo, stato nutrizionale, grado di mobilitazione, aspetti relativi all'alimentazione, aspetti relativi all'eliminazione, caratteristiche del sonno/riposo) se presenti ma in

maniera incompleta sono stati classificati come “incompleto”. I punteggi dell’area complessiva e specifica sono stati calcolati come proporzioni di elementi soddisfatti escludendo quelli non applicabili:  $\text{score}(\%) = \frac{\text{n}^\circ \text{ item soddisfatti}}{\text{N}^\circ \text{ item valutabili}}$ . Pertanto il punteggio finale può essere mostrato come percentuale (0% se nessuno degli elementi valutabili è stato soddisfatto, 100% se tutti gli elementi valutabili sono stati soddisfatti).

## FASE PILOTA

Prima di procedere con la rilevazione vera e propria, il processo di raccolta dei dati è stato sottoposto a test pilota, per consentire di ottimizzare la check-list ed il modulo Excel di raccolta dei dati, con un conseguente miglioramento dei risultati finali.

Le cartelle esaminate per il test pilota, secondo le indicazioni metodologiche del Medical clinical audit in letteratura, devono essere almeno il 10% del campione predefinito. Questa fase risulta particolarmente utile sia per verificare che le informazioni necessarie siano effettivamente reperibili dalla documentazione consultata, sia per valutare il tempo necessario per l’effettuazione della singola rilevazione, in modo da poter programmare in modo efficace la raccolta dati, definendo opportunamente il tempo dedicato. Il test pilota è stato condotto su 15 cartelle infermieristiche per testare la fattibilità dell’audit, l’affidabilità dei dati raccolti e fare una stima del tempo necessario per la raccolta dei dati di tutti i casi.

I dati ottenuti dal test pilota sono confluiti nell’elaborazione finale. I dati sono stati inseriti in un foglio di calcolo Excel appositamente predisposto, che ha consentito l’elaborazione dei dati, espressi in frequenze assolute e percentuali.

(Vedi Allegato 2)

## 4. RISULTATI

Sono state esaminate 101 cartelle infermieristiche, di cui 34 di area intensiva, 67 di area sub-intensiva, con la durata media della degenza di 11 giorni ( $\pm$ DS 11, mediana 7, range da 1 a55).

I dati sono stati presentati evidenziando gli item che non hanno raggiunto una percentuale di conformità superiore al 70%: considerando la condizione che si è venuta a creare e il calo fisiologico della qualità della tenuta della documentazione infermieristica, ho ritenuto di considerare critici gli item che hanno registrato percentuali inferiori a tale valore di cut-off, ferma restando , in condizioni di normalità, l'adesione alle linee di indirizzo contenute nei seguenti documenti aziendali:

- PAiotr006\_org “Procedura di utilizzo cartella infermieristica”
- PAdsanT001\_porg “Rilevazione dolore” e relativi allegati
- POiotrT001\_ASS “Prevenzione e trattamento lesioni da pressione” e relativi allegati
- POiotrT002\_ASS “Prevenzione cadute accidentali” e relativi allegati
- POdsanT001\_CDA “Gestione degli accessi venosi” e relativi allegati

Di seguito sono descritti i risultati, espressi in frequenze assolute e percentuali, riferiti alle cartelle infermieristiche esaminate, non conformi alle linee guida interne per la corretta e completa compilazione della documentazione infermieristica, rispetto ai domini e agli elementi (item) identificati (Tabelle 1,2,3,4,5 e 6 ). La tabella 7 presenta i dati complessivi di Azienda.

**Tab.1 Dominio “Anamnesi ed accertamento infermieristico all’ingresso”**

<b>Accertamento infermieristico</b>		
	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>
	Frequenza assoluta(%)	Frequenza assoluta(%)
<i>Area intensiva:</i>	15/34 (44.1)	<b>19/34 (55.9)</b>
<i>Area sub-intensiva</i>	53/67 (79.1)	<b>14/67 (20.9)</b>
<b>Accertamento infermieristico mancante rispetto alle singole aree</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Stato cognitivo-percettivo	<b>11/34 (32.3)</b>	6/67 (8.9)
Stato nutrizionale	<b>15/34 (44.1)</b>	7/67 (10.4)
Alimentazione	<b>11/34 (32.3)</b>	9/67 (13.4)
Mobilizzazione	<b>12/34 (35.3)</b>	6/67 (8.9)
Eliminazione	<b>11/34 (32.3)</b>	6/67 (8.9)
Sonno e riposo	<b>12/34 (35.3)</b>	10/67 (14.9)
Rischio caduta	Non applicabile	<b>30/67 (44.8)</b>
Patrimonio venoso	<b>34/34 (100)</b>	<b>48/67 (71.6)</b>

**Tab.2 Dominio “Scale di valutazione”**

<b>Presenza di scale di valutazione NON compilate</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Scala di Braden	<b>14/34 (41.2)</b>	10/67 (14.9)
Scala di Barthel	Non applicabile	10/67 (14.9)
Scala di Conley	Non applicabile	10/67 (14.9)
NRS/PAINAD	<b>33/34 (97)</b>	<b>58/67 (86.5)</b>

**Tab.3 Dominio “Modulistiche e sezioni della cartella riferite ad aspetti di carattere medico-legale”**

<b>Modulistiche /sezioni della cartella NON presenti/NON correttamente compilate</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Sezione “Persone di riferimento”	<b>10/34 (29.4)</b>	<b>10/67 (14.9)</b>
Note informative rischio cadute	Non applicabile	<b>34/67 (50.7)</b>
Modulo consegna valori	<b>32/34 (94.1)</b>	<b>26/67 (38.8)</b>

**Tab.4 Dominio “Monitoraggio mobilizzazione/postura e parametri vitali”**

<b>Parametri vitali, mobilizzazione/postura NON documentati</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Monitoraggio pressione arteriosa	2/34 (5.9)	1/67 (1.5)
Monitoraggio temperatura corporea	1/34 (2.9)	0/67 (0)
Monitoraggio saturazione O <sub>2</sub>	1/34 (2.9)	0/67 (0)
Monitoraggio dolore	<b>31/34 (91.2)</b>	<b>33/67 (50.8)</b> discontinuo 3/67 (4.5)
Monitoraggio mobilizzazione/postura	<b>22/34 (64.7)</b> discontinuo 1/34 (2.9)	<b>28/67 (49.2)</b> discontinuo 14/67 (20.9)

**Tab.5 Dominio “Monitoraggio devices”**

<b>Cateteri venosi centrali/periferici NON documentati</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Monitoraggio vie venose	<b>10/34 (29.5)</b> discontinua 1/34 (2.9)	<b>21/67 (31.3)</b>

**Tab.6 Dominio “Dimissione/trasferimento”**

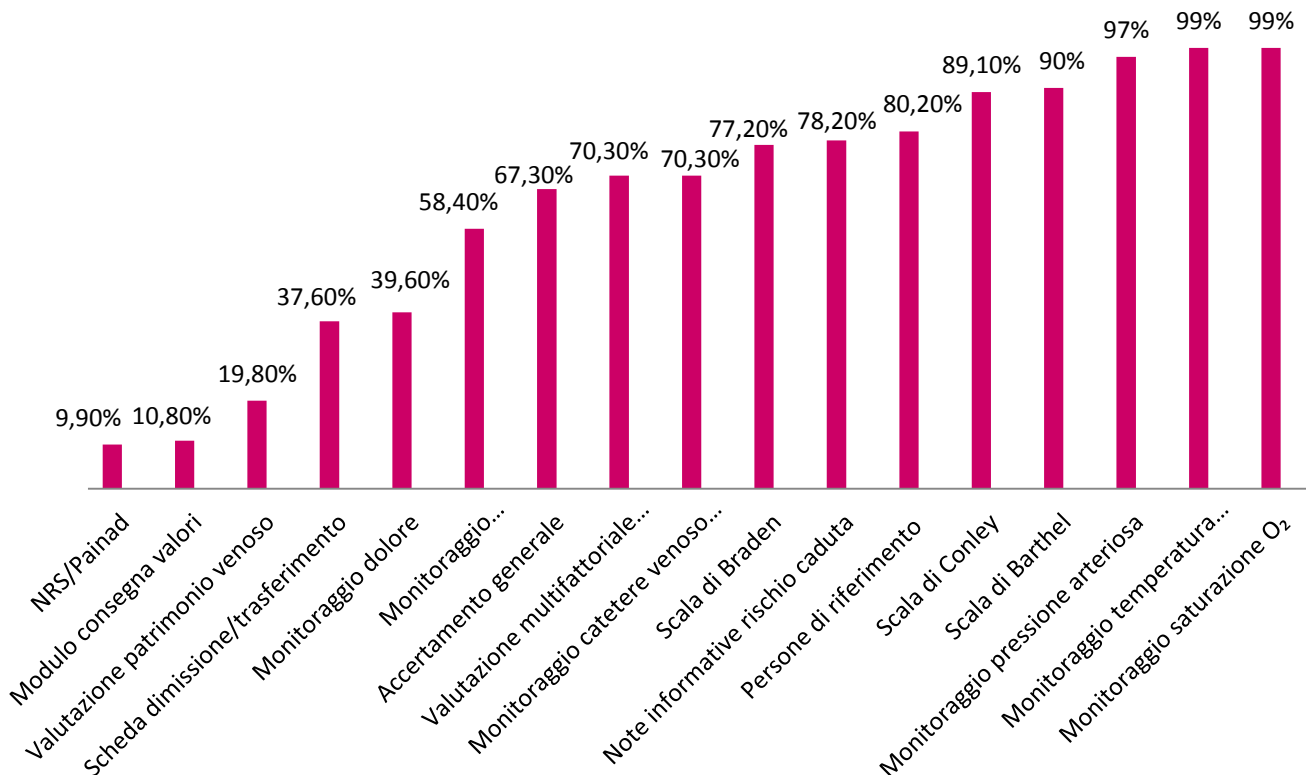
<b>Scheda dimissione/trasferimento NON compilata</b>		
Item	<i>Area intensiva</i> Frequenza assoluta (%)	<i>Area sub-intensiva</i> Frequenza assoluta (%)
Scheda dimissione/trasferimento	<b>21/34 (61.7)</b> non applicabile 2/34 (5.9)	<b>42/67 (62.7)</b> non applicabile 7/67 (10.4)

**Tab.7 Dati riassuntivi**

<b>Cartelle conformi alle linee guida interne (n°=101)</b>	
<b>Item</b>	<b>N°(%)</b>
Accertamento generale	68/101 (67.3)
Valutazione multifattoriale rischio di caduta	71/101 (70.3)
<b>Valutazione del patrimonio venoso</b>	<b>20/101 (19.8)*</b>
Scala di Braden	78/101 (77.2)
Scala di Barthel	91/101 (90)
Scala di Conley	90/101 (89.1)
<b>NRS/Painad</b>	<b>10/101 (9.9)*</b>
Persone di riferimento	81/101 (80.2)
Note informative rischio di caduta	79/101 (78.2)
<b>Modulo consegna valori</b>	<b>17/101 (16.8)*</b>
Monitoraggio pressione arteriosa	98/101 (97)
Monitoraggio temperatura corporea	100/101 (99)
Monitoraggio saturazione O <sub>2</sub>	100/101 (99)
<b>Monitoraggio dolore</b>	<b>40/101 (39.6)*</b>
<b>Monitoraggio mobilizzazione/postura</b>	<b>59/101 (58.4)*</b>
Monitoraggio cateteri venosi centrali/periferici	71/101 (70.3)
<b>Scheda dimissione/trasferimento</b>	<b>38/101 (37.6)*</b>

*\*Conformità alle linee guida interne < 70%*

**Percentuale di cartelle conformi in base ai singoli item**





## 5. DISCUSSIONE

Lo scopo del mio lavoro di tesi si è concentrato nell'analizzare, attraverso lo strumento del Medical record auditing retrospettivo, la qualità della documentazione infermieristica dei pazienti Covid-19 in fase 1, in particolare la completezza e l'accuratezza della documentazione infermieristica e l'adesione, da parte degli infermieri, alle linee guida inerenti alla compilazione e documentazione adottate dall'AORMN per tutti i reparti di degenza.

Nella consultazione delle cartelle non è stato semplice rintracciare le informazioni necessarie per il mio lavoro: ho incontrato alcune difficoltà in quanto per molte cartelle, soprattutto in quelle con durata di degenza prolungata, la quantità della documentazione era veramente ampia; a ciò si aggiunge il fatto che, durante la fase emergenziale, gli spostamenti da un reparto all'altro, come ad esempio dall'area sub intensiva a quella intensiva, erano frequenti e parte della documentazione relativa ad esempio alle scale, alle schede di monitoraggio o alla modulistica sul rischio di caduta, patrimonio venoso ecc, risultava "mescolata" tra le cartelle dei singoli reparti. Per ovviare a questo problema, ho cercato di risalire alla data di ingresso e dimissione della persona e quindi catalogare adeguatamente schede e moduli per poterne estrapolare le informazioni necessarie. In alcune cartelle infermieristiche, invece, ho trovato anche schede e moduli non appartenenti all'attuale documentazione infermieristica in uso in AORMN, ma a quella in uso negli anni precedenti. Questo è stato determinato dal fatto che, per far fronte alla necessità di nuovi posti letto, è stata messa in atto un'imponente operazione di riorganizzazione, che ha comportato non solo la riconversione di posti letto e di interi reparti ma anche l'assegnazione di personale infermieristico proveniente da varie unità operative, oltre che l'assunzione di infermieri neolaureati, alla loro prima esperienza lavorativa in Azienda. La combinazione di questi fattori, come ho già accennato, ha fisiologicamente abbassato il livello di conformità della tenuta della cartella infermieristica.

I risultati di questo lavoro evidenziano mancanze ed importanti lacune riguardo alla corretta e completa compilazione della cartella.

La prima tabella riguarda i dati relativi all'accertamento infermieristico all'ingresso, espressi anche per i singoli item (stato cognitivo-percettivo, stato nutrizionale, alimentazione, mobilitazione, eliminazione, sonno e riposo). I dati ci mostrano che in

area sub-intensiva l'accertamento all'ingresso è stato compilato in modo più accurato e completo rispetto all'area intensiva (55.9% versus 20.9% delle cartelle esaminate); per la documentazione di terapia intensiva il dettaglio degli item evidenzia in particolare il mancato accertamento iniziale dello stato nutrizionale nel 44.1% dei casi e valori che oscillano tra il 32.3 - 35.3% per gli altri aspetti. La valutazione all'ingresso del patrimonio venoso del paziente, aspetto molto importante per guidare la decisione del professionista al tipo di catetere venoso da posizionare, centrale o periferico, è stato un aspetto completamente disatteso in area intensiva, dove la percentuale di compilazione dell'apposita scheda è risultata pari a 0, infatti in tutte le cartelle la scheda era completamente vuota. Questo può essere dovuto al fatto che, in area intensiva, la via centrale è sempre stata posizionata di default e questo tipo di accertamento sia stato considerato superfluo, in un momento caratterizzato da una forte pressione lavorativa. Ancora più critico è il risultato ottenuto per la sub-intensiva, dove nel 71.6% delle cartelle la valutazione non è stata effettuata: ancor più che in terapia intensiva trascurarla in questo setting è un aspetto molto critico, in quanto può fare davvero la differenza per indirizzare precocemente il paziente al posizionamento di un PICC o alla consulenza del team di infermieri esperti negli accessi vascolari. Per la compilazione dell'accertamento infermieristico le cartelle dell'area semi intensiva non hanno registrato particolari criticità, se non quelle correlate allo stato di emergenza. Un altro aspetto critico emerso per l'area sub-intensiva è quello del mancato accertamento del rischio di caduta, il cui dato risulta mancante, sfiora il 45% delle cartelle esaminate.

Anche la mancata compilazione della scala di Braden per il 41.2% delle documentazioni di terapia intensiva controllate rappresenta un aspetto problematico, se pensiamo che questi pazienti sono particolarmente esposti al rischio di sviluppare lesioni da pressione. Particolare attenzione va posta alla scala Nrs/Painad in quanto, sia nelle cartelle infermieristiche di area sub-intensiva che intensiva, la rilevazione del dolore all'accertamento iniziale era presente in percentuale molto bassa, rispettivamente 13.5% e 3%; l'unica spiegazione può essere che gli infermieri, pur essendo consapevoli che la rilevazione del dolore è anche un obbligo di legge (L.38/2010), abbiano trascurato di annotare il parametro nello spazio apposito della sezione "accertamento iniziale", documentando la prima e successive rilevazioni solo nella scheda "monitoraggio dolore", che ne consente la tracciabilità delle rilevazioni giornaliere.

Per quanto riguarda la presenza di modulistiche/sezioni della cartella correttamente compilate, piuttosto critica è stata quella relativa al modulo consegna valori, soprattutto in area intensiva, dove se ne rileva la presenza solo 5.9% delle cartelle. Per la modalità con cui i ricoveri sono stati effettuati, la custodia di quanto di proprietà del paziente è stato un aspetto particolarmente delicato e dibattuto: il modulo nel quale l'infermiere attestava di avere ricevuto in custodia gli oggetti personali, di valore reale o comunque affettivo, era di fatto documentazione integrante per ogni ricovero Covid e tutela per il personale riguardo ad eventuali denunce per smarrimento. Discutendo infatti sul mio lavoro di tesi con il personale dell'archivio/accettazione di Pesaro, mi è stato riferito che ancora oggi le persone stesse, ricoverate nei mesi di marzo/aprile, o i propri familiari si rivolgono a loro, chiedendo notizie sui propri oggetti di valore andati purtroppo persi. Il problema ha riguardato anche i reparti sub-intensivi, seppure in maniera minore, con la presenza del modulo di custodia valori solo nel 61.8% dei casi esaminati.

Il monitoraggio dei parametri vitali è adeguatamente documentato, ad eccezione del dolore. In terapia intensiva la scheda di monitoraggio era presente solo in 3 cartelle su 34 e questa mancanza ipotizzo che sia dovuta al fatto che spesso in terapia intensiva l'assistito era sedato e quindi incosciente. In area sub intensiva invece era adeguatamente monitorato circa nella metà delle documentazioni (49.2%) e in una piccola quota (4.5%) presente ma registrato in modo discontinuo, cioè non in maniera sistematica, come prescritto dalla procedura aziendale. Alcune cartelle (n=11) erano proprio sprovviste della scheda, e questo è dovuto sia al fatto che erano stati adottati format di allegati appartenenti alla precedente versione della cartella infermieristica, sia all'elevato turnover del personale, anche neofita. La qualità del monitoraggio della mobilizzazione/postura è stato più complicato da valutare, non essendo adottata in Azienda una scheda o documentazione specifica che ne consenta l'annotazione per turno: l'informazione è stata reperita attraverso l'attenta lettura dei diari infermieristici, con il limite delle calligrafie a volte difficili da interpretare. Il criterio utilizzato è stato quello di considerare questo item correttamente documentato se il riferimento alla postura o al livello di mobilizzazione del paziente era tracciabile per ogni singolo turno: anche per questo aspetto è stata rilevata una grossa criticità, infatti sono risultate conformi solo 11 cartelle di terapia intensiva (32.4%) e 25 di area sub-intensiva (37,3%); l'adozione di una scheda apposita che consenta una più agevole

documentazione di questo importante aspetto assistenziale avrebbe sicuramente facilitato e snellito l'onere di annotare questo aspetto in forma discorsiva, turno per turno. Se è vero che, dal punto di vista legale, ciò che non è stato scritto non è stato fatto, è altrettanto vero che questi risultati sono un importante alert per rivedere, migliorare il formato cartaceo, in attesa di poter disporre della cartella in formato elettronico, nella quale la creazione di campi obbligati può limitare considerevolmente la perdita di dati assistenziali di primaria importanza.

La conformità del monitoraggio dei cateteri venosi, centrali e periferici, in termini di controllo della pervietà, del sito d'inserzione, al fine di intercettare precocemente l'insorgenza delle possibili complicanze quali flebiti ed infezioni, sfiora circa il 70 % nelle due aree, (67,6% per l'intensiva e 68,7% per la sub-intensiva) e, in questo particolare momento, possiamo dire che può essere considerata come un elemento critico "borderline"; riguardo invece alla scheda di dimissione e trasferimento, il dato è praticamente sovrapponibile nelle due aree: la scheda manca nel 61.7% delle cartelle dell'intensiva e nel 62.7% della sub-intensiva. Molti pazienti sono transitati da un reparto all'altro e questo dato mi ha fatto riflettere sull'importanza del passaggio delle informazioni corrette in una situazione assistenziale potenzialmente più caotica e sicuramente più soggetta a distorsioni di tipo comunicativo: la scheda infermieristica di dimissione/trasferimento include la descrizione degli interventi infermieristici previsti sul paziente, quali la programmazione di medicazioni o visite di controllo, le raccomandazioni assistenziali e terapeutiche e facilita la presa in carico da parte del servizio che lo accoglie, mettendo in luce gli interventi attuati e quelli previsti, evidenziando i bisogni del paziente. Il fatto che questo strumento sia stato così sotto utilizzato nella fase più critica della pandemia potrebbe avere impattato negativamente sulla qualità dell'assistenza erogata o, quantomeno, reso più problematico (anche in termini di dispendio di tempo) il passaggio delle informazioni tra i professionisti dei vari reparti. In ultima analisi, i dati generali emersi dal mio lavoro riguardanti la mancata o inaccurata compilazione della cartella infermieristica, confermano e dimostrano anch'essi quanto, durante questo periodo, l'emergenza abbia messo a dura prova gli infermieri e tutto il personale sanitario. Nel complesso, la conformità alle linee guida interne riguardo il quadro generale di tutte le 101 cartelle analizzate, risulta inferiore al 70% per la valutazione del patrimonio venoso e l'accertamento del dolore in

fase di accertamento, il monitoraggio della mobilitazione/postura e del dolore nel corso della degenza, la presenza della scheda di dimissione/trasferimento e del modulo relativo alla custodia dei valori.

## **6. CONCLUSIONI**

Ad oggi la corretta compilazione della cartella infermieristica rappresenta un obiettivo importante che deve essere portato avanti da tutto il personale sanitario. La cartella deve dunque rispecchiare tutto il processo di assistenza dall'accertamento alla valutazione: si può ritenere lo specchio della qualità dell'assistenza infermieristica.

Qualsiasi cosa viene fatta viene registrata, attraverso appositi moduli e schede, dall'accertamento iniziale della presa in carico, alla rivalutazione dei bisogni assistenziali durante la degenza, fino alla valutazione finale del processo assistenziale infermieristico.

Seppur non esista un modello unico di cartella infermieristica, ogni reparto, come già detto, dovrebbe organizzarne una, in base alle proprie esigenze. Proprio in questo periodo di emergenza, il suggerimento che vorrei proporre è quello appunto di riorganizzare la cartella infermieristica, in particolare nei reparti con pazienti Covid-19.

Questo dovrebbe essere fatto per facilitare la compilazione della cartella in quanto in un periodo di emergenza come questo gli infermieri si trovano in difficoltà nel compilare ad esempio tutta la parte inerente l'accertamento iniziale per mancanza di tempo. Inoltre, per mancanza di tempo e per la complicata gestione dei pazienti, la registrazione di quello che viene fatto non sempre, quasi mai, è immediata, spesso viene eseguita a fine turno, di conseguenza qualcosa può essere dimenticato e andato così perso. Questo lavoro di tesi non vuole criticare il lavoro degli infermieri durante il periodo di emergenza, piuttosto vuole dare uno spunto di riflessione riguardo questa tematica e punti fermi circa la compilazione della cartella infermieristica agli operatori sanitari, al fine di porre l'accento sull'importanza di documentare e pianificare l'assistenza erogata agli utenti, per garantire la qualità delle cure e la correttezza legale della documentazione infermieristica anche in un periodo di emergenza.

Questo lavoro di tesi mi ha insegnato, ancora di più, quanto sia importante la documentazione clinica nella sua interezza e i problemi/criticità, legate alla sua mancata

e corretta compilazione; importante non solo per quanto riguarda i problemi legali cui il personale va incontro, ma soprattutto per il bene della persona e del suo stato di salute. Questa esperienza avrà un impatto rilevante e fondamentale nel mio percorso lavorativo futuro e sarà un'importante guida soprattutto per la corretta compilazione della documentazione infermieristica, ricordandomi che niente è superfluo e che tutte le informazioni mancate e non registrate influiranno negativamente sull'assistenza relativa alla persona.

## **7. IMPLEMENTAZIONI PER LA PRATICA**

Dai risultati conseguiti attraverso l'analisi retrospettiva sulla qualità della documentazione infermieristica dei pazienti Covid-19, emerge in maniera evidente la necessità di una compilazione più accurata e completa, soprattutto in situazioni di emergenza, nonostante il tempo a disposizione sia più carente e le situazioni più difficili da gestire.

Come prima cosa, la programmazione di corsi di formazione sulla corretta compilazione della documentazione infermieristica in situazioni di emergenza, estesi a tutti i professionisti sanitari, aiuterebbe a capire e a focalizzare l'attenzione sulle principali problematiche a cui far fronte, così da poterne garantire la qualità e il livello di conformità alle linee guida.

Inoltre dalla revisione della documentazione è emerso che il monitoraggio della mobilitazione/postura è stato più complicato da valutare, in quanto la ricerca di questa specifica informazione non è stata immediata, ma è stato opportuno reperirla attraverso un'attenta lettura dei diari infermieristici, caratterizzati dal limite delle calligrafie a volte difficili da interpretare. A tal proposito ritengo necessaria l'adozione, in Azienda, di una scheda o documentazione specifica che ne consenta l'annotazione per turno; questo faciliterebbe il passaggio delle informazioni tra il personale sanitario ad ogni cambio turno, rendendo quindi immediata la visibilità dell'informazione.

Inoltre, per ovviare allo stesso problema, sarebbe opportuno proporre l'adozione di una specifica griglia o tabella, che consenta una più agevole documentazione dei principali bisogni assistenziali della persona, al di fuori delle informazioni riportate nelle schede

già presenti, per “risparmiare” tempo, facilitarne e snellirne la registrazione, ad ogni turno, in forma discorsiva nel diario infermieristico.

Queste considerazioni quindi sono necessarie per migliorare il formato cartaceo della cartella infermieristica, in attesa della disposizione della cartella in formato elettronico, che sicuramente limiterebbe, attraverso la creazione di campi obbligatori, la perdita di dati importanti e renderebbe la registrazione di questi più semplice e immediata.

## 8. BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- La cartella clinica e la cartella infermieristica : strumenti di management e indicatori di qualità delle prescrizioni sanitarie. S. Del vecchio, V. Gasparrini, S. Lelli, M. Martelloni, G. Puntoni, M. Ricci C.G. Edizioni Medico Scientifiche (22 luglio 2015).
- Lindo J, Stennett R, Stephenson-Wilson K, Barrett KA, Bunnaman D, Anderson-Johnson P, Waugh-Brown V, Wint Y. An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Sep;48(5):499-507. doi: 10.1111/jnu.12234. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27459736.
- Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract*. 2006 Dec;12(6):366-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x. PMID: 17176310.
- Johnson KD, Mueller L, Winkelman C. The nurse response to abnormal vital sign recording in the emergency department. *J Clin Nurs*. 2017 Jan;26(1-2):148-156. doi: 10.1111/jocn.13425. PMID: 27272499.
- D.S. Hector A retrospective analysis of nursing documentation in the intensive care units of an academic hospital in the Western Cape Thesis (MCur (Interdisciplinary Health Sciences. Nursing Science))--University of Stellenbosch, 2010.
- Ebrahimpour F, Pelarak F. Modified Use of Team-Based Learning to Teach Nursing Documentation. *Electron Physician*. 2016 Jan 15;8(1):1764-9. doi: 10.19082/1764. PMID: 26955447; PMCID: PMC4768926.



- McGain F, Cretikos MA, Jones D, Van Dyk S, Buist MD, Opdam H, Pellegrino V, Robertson MS, Bellomo R. Documentation of clinical review and vital signs after major surgery. Med J Aust. 2008 Oct 6;189(7):380-3. PMID: 18837681.
- <http://opifpt.it/index.php/informazione/notizie/11-notizie-principali/399-documentazione-sanitaria-l-importanza-di-una-corretta-compilazione>
- <https://www.doccity.com/it/differenza-tra-cartella-clinica-e-cartella-infermieristica/5371248/>
- <https://www.opienna.it/area-tematica/percorsi-formativi/item/128-la-cartella-infermieristica.html>
- [https://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/audit-clinico/Audit\\_Clinico\\_Ebook\\_24\\_9\\_2014.pdf](https://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/audit-clinico/Audit_Clinico_Ebook_24_9_2014.pdf)

# ALLEGATO 1


AZIENDA OSPEDALIERA

etichetta paziente

## CARTELLA INFERMIERISTICA

COGNOME _____		NOME _____	
DATA E LUOGO DI NASCITA _____			SESSO: M / F
INDIRIZZO: VIA _____		N° _____	
CITTA' _____		PROVINCIA _____	
TELEFONO n° _____			
SITUAZIONE SOCIALE: vive da solo <input type="checkbox"/> con parenti <input type="checkbox"/> in istituto <input type="checkbox"/>			
DATA INGRESSO _____		ORA _____	
DIAGNOSI D'INGRESSO _____			
RICOVERI PRECEDENTI _____			
<b>TERAPIA DOMICILIARE:</b>			
FARMACO	DOSAGGIO	ORARIO	FARMACO
			DOSAGGIO
			ORARIO
<b>PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE</b>			
PATOLOGIE CORRELATE: _____			
PRESENZA DI SISTEMA IMPIANTABILE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO _____			
ALLERGIE RIFERITE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare: _____			
FUMO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Quantità: _____			
ALCOOL: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Quantità: _____			
<b>NUTRIZIONE E METABOLISMO</b>		<b>ELIMINAZIONE</b>	
<input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE LIBERA		<input type="checkbox"/> DIURESI REGOLARE	
<input type="checkbox"/> DIETA Specificare _____		<input type="checkbox"/> CATETERE data inserimento _____	
<input type="checkbox"/> PEG _____ <input type="checkbox"/> SNG _____		<input type="checkbox"/> INCONTINENZA	
<input type="checkbox"/> NET		<input type="checkbox"/> ALVO REGOLARE	
<input type="checkbox"/> NTP		<input type="checkbox"/> STITICO	
<input type="checkbox"/> DISFAGIA : <input type="checkbox"/> SOLIDI <input type="checkbox"/> LIQUIDI		<input type="checkbox"/> DIARROICO	
<input type="checkbox"/> NAUSEA		<input type="checkbox"/> PORTATORE DI STOMIA Data cambio _____	
<input type="checkbox"/> VOMITO		<input type="checkbox"/> ALTRO Specificare _____	
<input type="checkbox"/> ALTRO Specificare _____			

<b>ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO</b>			
Punteggio BARTHEL _____			
Punteggio CONLEY _____			
Ausili:			
stampelle <input type="checkbox"/>	sedia a rotelle <input type="checkbox"/>	bastone <input type="checkbox"/>	deambulatore <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Presenza di paresi: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		se si: <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> arti sup. <input type="checkbox"/> arti inf.	
<b>MUSCOLO-SCHELETRICO:</b>			
Autonomo <input type="checkbox"/>	Dipendente <input type="checkbox"/>	Semidipendente <input type="checkbox"/>	Protesi (Specificare) _____
CUTE:			
Presenza di lesioni: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		Specificare _____	
Stadio: _____		Sede: _____	
Punteggio scala di Norton modificata: _____			
<b>RIPOSO E SONNO</b>			
Sonno regolare <input type="checkbox"/>		Insonnia <input type="checkbox"/>	
<b>COGNITIVO-PERCETTIVO</b>			
Punteggio SPMSQ _____			
UDITO: normale <input type="checkbox"/>	ipoacusia <input type="checkbox"/>	Sordità <input type="checkbox"/>	Protesi <input type="checkbox"/>
VISTA: normale <input type="checkbox"/>	ipovedente <input type="checkbox"/>	Cecità <input type="checkbox"/>	Lenti <input type="checkbox"/>
<b>MALESSERE/DOLORE:</b>			
no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	Sede _____	Intensità (da 0 a 10) _____
<b>NEURO-SENSORIALE:</b>			
Stato mentale: <input type="checkbox"/> vigile <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> coma			
Stato dell'equilibrio: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> vertigini		Linguaggio: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> afasico	
Stato psicologico: <input type="checkbox"/> tranquillo <input type="checkbox"/> ansioso			
<b>ESAME OBIETTIVO</b>			
Sat. O <sub>2</sub> : _____		Altezza: _____	
PA: _____	TC: _____	FC: _____	Peso: _____
RESPIRO <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> dispnoico	<input type="checkbox"/> con O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> tracheostomizzato	
ACCESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> cvc <input type="checkbox"/> cvp	<input type="checkbox"/> succlavia	<input type="checkbox"/> femorale	
<input type="checkbox"/> altro _____	data inserimento _____		
CODICE SIEROLOGICO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<b>RACCOLTA DATI DA:</b> <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> altro _____			
Firma infermiere _____		Data e ora _____	


	<b>INTERVENTI DA REALIZZARE IN RELAZIONE AI FATTORI DI RISCHIO PRESENTI</b>	MOD04_POiotrT002_ASS	Pag 1 di 1
		Verifica Dr. E. Berselli - RAQ	Rev 05 del 06/06/16
		Approvazione: Dr. N. Nardella Risk Manager Dott.ssa S Tonucci _ Dirigente Dip. IOTR	

U.O. \_\_\_\_\_ Data del Ricovero \_\_\_\_\_


COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso **M** **F**

<b>INTERVENTI DA REALIZZARE IN RELAZIONE AI FATTORI DI RISCHIO PRESENTI</b>
<b>ETA' AVANZATA E PATOLOGIE IN CORSO</b>
<input type="checkbox"/> Ridurre e/o prevenire l'allettamento
<input type="checkbox"/> Garantire attività fisica e terapia motoria e, se necessario, coinvolgere il Servizio di Riabilitazione
<input type="checkbox"/> Correggere l'ipotensione ortostatica
<input type="checkbox"/> Invitare l'assistito ad alzarsi lentamente dal letto o dalla sedia, se necessario, ripetere più volte il movimento
<input type="checkbox"/> Invitare l'assistito a sedersi immediatamente in caso di vertigine
<input type="checkbox"/> Invitare l'assistito a riposare dopo i pasti prima di deambulare
<input type="checkbox"/> Regolare l'altezza del letto in modo che l'assistito possa appoggiare facilmente i piedi sul pavimento
<b>ALTERAZIONE DEI SENSI</b>
<input type="checkbox"/> Mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico
<input type="checkbox"/> Regolare l'altezza del letto in modo che l'assistito possa appoggiare facilmente i piedi sul pavimento
<input type="checkbox"/> Assicurare l'accesso al campanello e il suo funzionamento
<input type="checkbox"/> Assicurarsi che l'assistito riesca a raggiungere gli oggetti sul comodino
<input type="checkbox"/> Favorire la presenza dei familiari e/o caregiver 24 ore su 24
<b>ELIMINAZIONE ALTERATA</b>
<input type="checkbox"/> Riprodurre le abitudini di casa in relazione all'eliminazione urinaria e fecale
<input type="checkbox"/> Invitare l'assistito ad urinare subito prima del riposo notturno
<input type="checkbox"/> Collocare, per quanto possibile, l'assistito con urgenze evacuative vicino al bagno e in una stanza più facilmente raggiungibile da parte del personale di assistenza
<input type="checkbox"/> Aumentare la vigilanza dell'assistito che assume lassativi e/o diuretici
<input type="checkbox"/> Ridurre la distanza tra il letto o la sedia e il bagno. Se il bagno è distante, utilizzare sedie/carrozzine definite "comode" ed ausili sanitari (es. pappagalli al letto per gli uomini), soprattutto durante la notte
<input type="checkbox"/> Accompagnare in bagno l'assistito ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno ed invitarlo a richiedere l'intervento del personale assistenziale ogni volta che si alza.
<input type="checkbox"/> Qualora l'assistito sia portatore di pannolone, accertarsi che sia ben posizionato in modo che non scenda durante la deambulazione
<b>MOBILITA' LIMITATA</b>
<input type="checkbox"/> Mantenere il letto in una posizione bassa assicurando che i freni siano bloccati
<input type="checkbox"/> Assicurarsi che l'assistito riesca a raggiungere gli oggetti sul comodino

	<b>INTERVENTI DA REALIZZARE IN RELAZIONE AI FATTORI DI RISCHIO PRESENTI</b>	MOD04_POiotrT002_ASS	Pag 1 di 1
		Verifica Dr. E. Berselli - RAQ	Rev 05 del 06/06/16
		Approvazione: Dr. N. Nardella Risk Manager Dott.ssa S Tonucci _ Dirigente Dip. IOTR	

<input type="checkbox"/> Assicurare adeguata attività fisica e motoria, incentivando la deambulazione dell'assistito (uno o due volte per turno, eccetto la notte) anche ricorrendo ai familiari /caregiver
<input type="checkbox"/> Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilizzazione
<input type="checkbox"/> Invitare l'assistito ad alzarsi lentamente
<input type="checkbox"/> Utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento quando l'assistito è seduto e/o in carrozzina
<input type="checkbox"/> Assistere il paziente nei vari trasferimenti (letto/sedia/poltrona)
<b>ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE RIDOTTE</b>
<input type="checkbox"/> Fornire gli ausili per la deambulazione indicati dal caso (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina, ...)
<input type="checkbox"/> Aiutare la persona ad alzarsi, sedersi e stabilizzare il corpo da un lato all'altro per stimolare i meccanismi di equilibrio
<input type="checkbox"/> Incentivare la deambulazione anche ricorrendo alla collaborazione dei familiari /caregiver
<b>STATO MENTALE ALTERATO</b>
<input type="checkbox"/> Prevenire e trattare il delirio e lo stato confusionale (strategie comunicative)
<input type="checkbox"/> Incrementare la frequenza dei controlli (maggiore vigilanza) da parte del personale assistenziale
<input type="checkbox"/> Favorire il coinvolgimento e la presenza dei familiari e/o caregiver 24 ore su 24
<input type="checkbox"/> Sistemare l'assistito in stanze di degenza in prossimità della infermeria (più vicine al personale di assistenza)
<input type="checkbox"/> Ridurre l'impiego di misure che limitano la libertà di movimento
<input type="checkbox"/> Adeguare l'altezza del letto
<input type="checkbox"/> Sistemare un tavolino davanti alla persona quando è seduto in poltrona
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</b>
<input type="checkbox"/> Chiedere al medico di rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute
<input type="checkbox"/> Controllare l'assistito a cui è stato somministrato lassativo o diuretico
<input type="checkbox"/> Qualora l'assistito effettui terapia infusione e non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo valutare la possibilità di programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno
Firma
.....


 <p>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord</p>	<b>CHECK-LIST INFORMATIVA EDUCATIVA</b>	MOD03_POIotrT002_ASS	Pag 1 di 1
		Verifica Dr. E. Berselli - RAQ	Rev 05 del 06/06/16
		Approvazione: Dr. N. Nardella Risk Manager  Dott.ssa S Tonucci _ Dirigente Dip. IOTR	

U.O. \_\_\_\_\_

B

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

<b>Per i PAZIENTI A RISCHIO DI CADUTA</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Note</b>
<b>verificare se sono state effettuate le seguenti azioni:</b>			
Informati del rischio caduta l'assistito ed i suoi familiari/persone di riferimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spiegato che, nei casi di maggior rischio di caduta come recarsi in bagno o allontanarsi dalla stanza, l'assistito ed i familiari/caregiver devono richiedere supporto al personale di assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assicurato che il sistema di chiamata (campanello) e di illuminazione sono in posizione comoda per essere utilizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificato che il comodino è facilmente raggiungibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Predisposti sul piano del comodino gli oggetti di cui il paziente può avere necessità (bicchiere acqua, occhiali, fazzoletti, tovagliolo, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Favorita la presenza dei familiari/caregiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invitato l'assistito ad utilizzare occhiali e protesi acustiche, se portatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invitato l'assistito ad eseguire lentamente tutti i passaggi posturali e di attendere qualche minuto seduto con le gambe fuori dal letto prima di scendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Invitato l'assistito a tenere a portata di mano gli ausili per la deambulazione (bastone/stampelle) altrimenti chiamare il personale di assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pianificata la terapia infusionale durante le ore diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pianificati gli accessi in camera del personale di assistenza nelle ore notturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificato la situazione di ordine degli ambienti/camera (accanto al letto e nel percorso per raggiungere il bagno) che deve essere privo di ostacoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificata l'illuminazione notturna (durante la notte), vicino al letto ed al bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificata la stabilità del letto e il blocco al mobilio dotato di ruote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regolata l'altezza del letto in modo che l'assistito possa appoggiare facilmente i piedi sul pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Data</b>	<b>Ora</b>	<b>Firma</b>	

	<b>CHECK-LIST INFORMATIVA EDUCATIVA</b>	MOD03_POIotr002_ASS	Pag 1 di 1
		Verifica Dr. E. Berselli - RAQ	Rev 05 del 06/06/16
		Approvazione: Dr. N. Nardella Risk Manager  Doit.ssa S Tonucci _ Dirigente Dip. IOTR	

U.O. \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

A


Per TUTTI i PAZIENTI	Sì	No	Note
<b>verificare se sono state effettuate le seguenti azioni:</b>			
Compilata la Scala di valutazione del rischio caduta Conley	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mostrati gli ambienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicati gli orari delle attività quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificato che il sistema di chiamata (campanello) e di illuminazione sono funzionanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mostrato come effettuare la chiamata per avere assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Illustrati i fattori di rischio presenti e/o potenziali:			
a) fattori intrinseci relativi alle condizioni di salute: età ≥65 aa, paura di cadere, anamnesi positiva per precedenti cadute, riduzione del visus, incontinenza, deterioramento funzioni neuromuscolari, dipendenza funzionale nell'esecuzione di attività di vita quotidiana, deformazioni o patologie del piede, farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa, politerapia (4 o più farmaci), patologie che possono compromettere la stabilità posturale e la deambulazione, condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale, causare ipotensione, aumentare la frequenza minzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) fattori ambientali, ergonomici ed organizzativi: letti e carrozzine non regolabili in altezza, pavimenti e scale bagnati, scarsa illuminazione in alcune aree, bagni senza supporti per sollevarsi dal wc o per fare la doccia, uso di ausili nella deambulazione, uso di calzature aperte e/o con suola scivolosa, abbigliamento /drenaggi/sonde/cateteri che intralciano la deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificate le calzature: si consigliano calzature chiuse della giusta misura con suola non scivolosa e di evitare le ciabatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificato il vestiario: si consigliano abiti della giusta misura e di evitare vestaglie lunghe e cinture che costituiscono un ostacolo alla deambulazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consegnata Brochure informativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Data</b>	<b>Ora</b>	<b>Firma</b>	

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. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.*

	SI'	NO
<b>Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)</b>		
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 feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
<b>Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)</b>		
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
<b>TOTALE</b>		_____



	<b>Identificazione dei pazienti a rischio LdD: Scala di Braden</b>	MOD01_POiotrT001_ASS	Pagina 1 di 1
			Rev 03 del 01/12/15

NOME E COGNOME ..... UOC di ..... n° LETTO .....

INDICATORI	VARIABILI				PUNTI
	4	3	2	1	
<b>PERCEZIONE SENSORIALE</b> Capacità di rispondere	<b>Nessuna limitazione</b> Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire il dolore o il disagio.	<b>Leggermente limitata</b> Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. <i>Oppure:</i> Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità	<b>Molto limitata</b> Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi. <i>Oppure</i> Ha un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea.	<b>Completamente limitata</b> Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione dello stato di coscienza o a sedazione. <i>Oppure</i> Limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo	
<b>Macerazione</b> Grado di esposizione della cute alla macerazione	<b>Raramente umida.</b> La cute è normalmente asciutta, la biancheria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.	<b>Occasionalmente umida</b> La cute è occasionalmente umida, è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno.	<b>Molto umida</b> La cute è spesso, ma non sempre umida. Il pannolone o la biancheria viene cambiata almeno una volta per turno.	<b>Costantemente umida</b> La cute è costantemente umida a causa della sudorazione, delle urine, etc.... L'umidità viene riscontrata ogni volta che il soggetto viene rimosso o ruotato.	
<b>Attività</b> Grado della attività fisica	<b>Cammina di frequente</b> Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore notturne.	<b>Cammina occasionalmente</b> 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.	<b>In poltrona</b> Capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o sulla carrozzella.	<b>Allettato</b> Confinato a letto.	
<b>Mobilità</b> Capacità di variare e controllare la posizione corporea.	<b>Limitazioni assenti</b> Si sposta frequentemente	<b>Parzialmente limitata</b> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	<b>Molto limitata</b> Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità, ma non riesce a realizzare frequenti o significativi movimenti in modo indipendente.	<b>Completamente immobile</b> Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza.	
<b>Nutrizione</b> Assunzione abituale cibo	<b>Eccellente</b> Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.	<b>Adeguate</b> Mangia più della metà dei pasti. 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori. <i>Oppure</i> Si alimenta artificialmente (via SNG/PEG) assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	<b>Probabilmente inadeguata</b> Raramente 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. <i>Oppure</i> Riceve un quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida entrale (via SNG o PEG).	<b>Molto povera</b> Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. <i>Oppure</i> E' a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni.	
<b>Frizione e scivolamento</b>		<b>Senza problemi apparenti</b> Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	<b>Problema potenziale</b> 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.	<b>Problema</b> Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola di frequente nel letto o nella poltrona. Spesso richiede riposizionamento con assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.	
NB: nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità					
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>					

**INDICE DI RISCHIO = punteggio Scala di Braden.**

minore è il valore, maggiore è il rischio: si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 16 (alto rischio = 6; basso rischio = 23).

**RISCHIO LIEVE** da 23 a 17

**RISCHIO ELEVATO** da 16 a 13


**RISCHIO ELEVATISSIMO** da 12 a 6

Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di lesione

Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito anche sulla base della valutazione complessiva del paziente

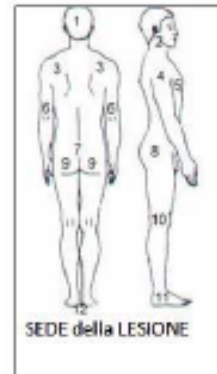
Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito, fatto salvo di una diversa valutazione clinica

Il modulo va conservato nella cartella infermieristica

	<b>SCHEDA TRATTAMENTO LOCALE ALTERAZIONI DELLA CUTE</b>	MOD05_POIotrT001_ASS	Pag. 2 di 2
		Verifica Dr'E Berselli RAQ	Rev 04
		Approvazione: Dr. N. Nardella Risk Manager  Dott.ssa S. Tonucci Resp UOC Dip. IOTR	Del 26.01.2018

**Infermiera specialist "wound care": spazio riservato**

Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)®			
<b>Data</b>			
1.dimensioni			
2.profondità			
3.margini			
4.sottominatura			
5.tipo di tessuto necrotico			
6.quantità di tessuto necrotico			
7.tipo di essudato			
8.quantità di essudato			
9.colore della cute perilesionale			
10.edema dei tessuti periferici			
11.indurimento dei tessuti periferici			
12.tessuto di granulazione			
13.epitelizzazione			
<b>Punteggio totale</b>			
<b>NRS (score)</b>			
Firma			



SEDE della LESIONE

- 1 occipitale
- 2 padiglione
- 3 scapola
- 4 spalla
- 5 torace
- 6 gomito
- 7 sacro
- 8 trocantere
- 9 gluteo
- 10 condilo
- 11 malleolo
- 12 tallone
- Altro

Consulenza in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Consulenza in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

---

---

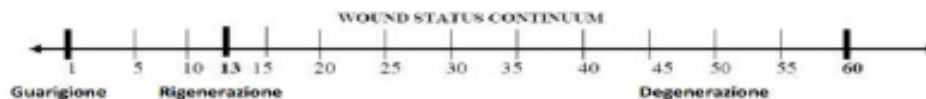
---

---

---

---

---



 AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SAN SALVATORE PESARO	<b>BARTHEL          INDEX:          VALUTAZIONE          DELLA          DISABILITA'</b>	MOD01_IOiotr005_ORG	Pag 1 di 1
		Verifica: E. Berselli - RAQ Approvazione: Dott. L. Eusebi - Dir. Dip. Prof. Sanitarie IOTR	Rev 00 Del 03.09.07

Paziente: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_ Data ingresso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data dimissione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ATTIVITA'	Punteggio Ingresso	Punteggio Dimissione
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente		
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
<b>Deambulazione</b> 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina o deambulatore per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		
<b>TOTALE ( 0 - 100 ) (0=totalmente dipendente) (100=totalmente indipendente)</b>		

Firma infermiere \_\_\_\_\_



## RILEVAZIONE DOLORE CON SCALA PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAID)

MOD02\_PAAdsant001\_ORG rev01 del 12/12/13

COGNOME NOME ETICHETTA PAZIENTE		Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora	Data/Ora
<b>Punteggio/Indicator</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	h.	h.	h.	h.	h.	h.
<b>Respirazione</b>	Normale	Affanno	Rumoroso Affanno Alternanza Apnea/Polipnea						
<b>Vocalizzazione</b>	Senza Problemi	Pianti Occasionali/Brontolii	Ripetuti Urli/Lamenti						
<b>Espressioni Volto</b>	Soridente/Inespressivo	Triste/Ciglia Aggrottate	Smorfie						
<b>Linguaggio del Corpo</b>	Rilassato	Teso	Rigido Pugni Chiusi Tenta di Colpire						
<b>Consolabilità</b>	Nessun Bisogno di Consolazione	Confuso cerca Rassicurazione	Incapacità Distrazione/Consolazione						
<b>Totale</b>									
<b>Sede Dolore</b>									
<b>Intervento farmacologico</b>									
<b>Intervento non Farmacologico</b>									
<b>Segni e Sintomi Collaterali</b>									
<b>Firma</b>									

### LEGENDA

<b>Sede dolore:</b>	A = addominale	B = braccio (dx, sx)	C = capo	G = gamba (dx, sx)	P = pelvi - bacino	S = schiena	T = torace
<b>Segni e sintomi collaterali:</b>	0: nessuno 1: ansia	2: agitazione 3: sedazione	4: clonie 5: sudorazione	6: nausea 7: vomito	8: ipotensione 9: stipsi	10: prurito 11: ritenzione urinaria - catetere	12: altro
<b>LEGENDA PAINAD</b>	0-1 ASSENTE	2-4 LIEVE	5-7 MODERATO	8-10 GRAVE			

### ISTRUZIONI E PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE:

La scala Painaid è uno strumento di screening sviluppato per fornire una valutazione del dolore nelle persone affette da demenza grave o severa.

E' necessario utilizzare la PAINAD nelle persone con un punteggio di Pfeiffer > 7.

Fino a 7 utilizzare le scale numerica e/o visiva.

Gli Items che la compongono permettono di valutare attraverso alcuni domini comportamentali direttamente osservabili il sintomo dolore.

Ciascun item può assumere un valore da zero (sintomo assente), a uno (sintomo lieve-moderato) a due (sintomo grave).

Il punteggio totale (somma dei punteggi rilevati per ogni item/dominio) è sovrapponibile a quello della scala numerica (NRS) e va da 0 a 10.

	Azienda Ospedaliera Marche Nord – Progetto “Ospedale Senza Dolore” SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE paz. ADULTO e PEDIATRICO U.O.C. _____	MOD01_PAAdsant001_ORG rev01 del 12/12/13
--	--	--

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Etichetta  
paziente

Scala del Dolore: **NRS:**



legenda NRS	legenda PAINAD
10 Insopportabile	8-10 Grave
7,5 Intenso	5-7 Moderato
5 Moderato	2-4 Lieve
2,5 Lieve	0-1 Assente
0 Assente	

DATA	ORA	Misurazione del Dolore										Sede dolore (Vedi legenda sotto)	Intervento Farmacologico (si/no)	Intervento Non Farmacologico (si/no)	Segni e sintomi collaterali (Vedi legenda sotto)	Firma	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9						10

<b>Sede Dolore:</b>	A = Addominale	B = Braccio (Dx, Sx)	C = Capo	G = Gamba (Dx, Sx)	P = pelvi - bacino	S = Schiena	T = Torace
<b>Segni e sintomi collaterali:</b>	0: nessuno 1: ansia	2: agitazione 3: sedazione	4: clonie 5: sudorazione	6: nausea 7: vomito	8: ipotensione 9: stipsi	10: prurito 11: ritenzione urinaria - catetere	12: altro

NOTE: Intervento farmacologico: registrare solo SI o NO, la prescrizione si registra nella scheda di terapia

NOTE: Intervento NON farmacologico: registrare solo SI o NO, la descrizione si registra nel diario assistenziale

<p>CVP: <input type="checkbox"/>14G <input type="checkbox"/>16G <input type="checkbox"/>18G <input type="checkbox"/>20G <input type="checkbox"/>22G <input type="checkbox"/>24G</p> <p><input type="checkbox"/> MINI-MIDLINE</p> <p>VENA INCANNULATA: <input type="checkbox"/>cefalica <input type="checkbox"/>basilica</p> <p><input type="checkbox"/>cubitale mediana <input type="checkbox"/>altro _____</p> <p>Posizionato il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Rimosso il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Motivo: <input type="checkbox"/>termine <input type="checkbox"/>infezione <input type="checkbox"/>flebite</p> <p><input type="checkbox"/>ostruzione <input type="checkbox"/>dislocazione <input type="checkbox"/>stravaso <input type="checkbox"/>altro</p>	<p align="center"><b>Monitoraggio quotidiano del CVP/MINI-MIDLINE</b></p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data				M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	VIP																									set																									Firma																								
		Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data																																																																																																														
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N																																																																																																									
	VIP																																																																																																																																	
set																																																																																																																																		
Firma																																																																																																																																		
<p>CVP: <input type="checkbox"/>14G <input type="checkbox"/>16G <input type="checkbox"/>18G <input type="checkbox"/>20G <input type="checkbox"/>22G <input type="checkbox"/>24G</p> <p><input type="checkbox"/> MINI-MIDLINE</p> <p>VENA INCANNULATA: <input type="checkbox"/>cefalica <input type="checkbox"/>basilica</p> <p><input type="checkbox"/>cubitale mediana <input type="checkbox"/>altro _____</p> <p>Posizionato il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Rimosso il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Motivo: <input type="checkbox"/>termine <input type="checkbox"/>infezione <input type="checkbox"/>flebite</p> <p><input type="checkbox"/>ostruzione <input type="checkbox"/>dislocazione <input type="checkbox"/>stravaso <input type="checkbox"/>altro</p>	<p align="center"><b>Monitoraggio quotidiano del CVP/MINI-MIDLINE</b></p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data				M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	VIP																									set																									Firma																								
		Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data																																																																																																														
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N																																																																																																									
	VIP																																																																																																																																	
set																																																																																																																																		
Firma																																																																																																																																		
<p>CVP: <input type="checkbox"/>14G <input type="checkbox"/>16G <input type="checkbox"/>18G <input type="checkbox"/>20G <input type="checkbox"/>22G <input type="checkbox"/>24G</p> <p><input type="checkbox"/> MINI-MIDLINE</p> <p>VENA INCANNULATA: <input type="checkbox"/>cefalica <input type="checkbox"/>basilica</p> <p><input type="checkbox"/>cubitale mediana <input type="checkbox"/>altro _____</p> <p>Posizionato il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Rimosso il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Motivo: <input type="checkbox"/>termine <input type="checkbox"/>infezione <input type="checkbox"/>flebite</p> <p><input type="checkbox"/>ostruzione <input type="checkbox"/>dislocazione <input type="checkbox"/>stravaso <input type="checkbox"/>altro</p>	<p align="center"><b>Monitoraggio quotidiano del CVP/MINI-MIDLINE</b></p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data				M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	VIP																									set																									Firma																								
		Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data																																																																																																														
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N																																																																																																									
	VIP																																																																																																																																	
set																																																																																																																																		
Firma																																																																																																																																		
<p>CVP: <input type="checkbox"/>14G <input type="checkbox"/>16G <input type="checkbox"/>18G <input type="checkbox"/>20G <input type="checkbox"/>22G <input type="checkbox"/>24G</p> <p><input type="checkbox"/> MINI-MIDLINE</p> <p>VENA INCANNULATA: <input type="checkbox"/>cefalica <input type="checkbox"/>basilica</p> <p><input type="checkbox"/>cubitale mediana <input type="checkbox"/>altro _____</p> <p>Posizionato il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Rimosso il ___/___/___ Firma _____</p> <p>Motivo: <input type="checkbox"/>termine <input type="checkbox"/>infezione <input type="checkbox"/>flebite</p> <p><input type="checkbox"/>ostruzione <input type="checkbox"/>dislocazione <input type="checkbox"/>stravaso <input type="checkbox"/>altro</p>	<p align="center"><b>Monitoraggio quotidiano del CVP/MINI-MIDLINE</b></p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> </tr> <tr> <td>VIP</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data				M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	VIP																									set																									Firma																								
		Data			Data			Data			Data			Data			Data			Data																																																																																																														
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N																																																																																																									
	VIP																																																																																																																																	
set																																																																																																																																		
Firma																																																																																																																																		


Set-sostituzione linea infusiva

etichetta paziente

<p>TIPO: <input type="checkbox"/>PICC <input type="checkbox"/>MIDLINE <input type="checkbox"/>GROSHONG</p> <p><input type="checkbox"/> PERCUTANEO <input type="checkbox"/> altro _____</p> <p>SEDE: <input type="checkbox"/>Giugolare dx <input type="checkbox"/>Giugolare sx <input type="checkbox"/>Succlavia</p> <p><input type="checkbox"/>Femorale <input type="checkbox"/>Basilica <input type="checkbox"/>Brachiale <input type="checkbox"/> _____</p> <p>ANCORAGGIO: <input type="checkbox"/>Statlock <input type="checkbox"/>Securacath <input type="checkbox"/>Colla</p> <p>POSIZIONAMENTO data ___/___/___ Firma _____</p> <p><input type="checkbox"/>TRASFERITO <input type="checkbox"/>DIMESSO CON DEVICE IN SITU data ___/___/___ Firma _____</p> <p>RIMOZIONE data ___/___/___ Motivo: <input type="checkbox"/>termine <input type="checkbox"/>infezione <input type="checkbox"/>ostruzione <input type="checkbox"/>dislocazione <input type="checkbox"/>trombosi <input type="checkbox"/> _____ Firma _____</p>	<p align="center"><b>Monitoraggio quotidiano dell'exit site dell'accesso venoso</b></p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> <th colspan="3">Data</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> <th>M</th><th>P</th><th>N</th> </tr> <tr> <td>VES</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Firma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Data			Data			Data			Data			Data			Data				M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	VES																						set																						Firma																					
		Data			Data			Data			Data			Data			Data																																																																																																		
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N																																																																																													
	VES																																																																																																																		
set																																																																																																																			
Firma																																																																																																																			
<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>	<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>	<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>	<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>																																																																																												
																								<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>																																																																																						
																														<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>																																																																																
																																				<p>Data medicazione ___/___/___</p> <p>Cambio effettuato per: <input type="checkbox"/> da protocollo <input type="checkbox"/> Bagnata <input type="checkbox"/> Sporca <input type="checkbox"/> Dolore</p>	<p>Antisettico <input type="checkbox"/> Clorexidina alcolica <input type="checkbox"/> Clorexidina acquosa <input type="checkbox"/> Iodopovidone</p>	<p>Medicazione <input type="checkbox"/> Poliuretano <input type="checkbox"/> Garza <input type="checkbox"/> Cerotto <input type="checkbox"/> Biopatch</p>	<p>Sostituzione presidi <input type="checkbox"/> Statlock <input type="checkbox"/> Clave</p>	<p>Sanguinamento <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Provocato <input type="checkbox"/> Spontaneo</p>	<p>Prossima medicazione data ___/___/___ Firma _____</p>																																																																										

Set-sostituzione linea infusiva

etichetta paziente

	<b>Check list valutazione patrimonio venoso</b>	MOD02_POdsanT001_CDA	Pag 1 di 1
		Verifica Dr Dr. E. Berselli RAQ	Rev 02
		Approvazione Dr. E. Berselli	Del 16.11.18


**Sez. A**

COGNOME _____	NOME _____	DATA NASCITA _____	LETTO N° _____
Unità Operativa _____			
<b>CHECK LIST VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO</b>			
<input type="checkbox"/> PATRIMONIO VENOSO ADEGUATO <input type="checkbox"/> VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI <input type="checkbox"/> VENE TORTUOSE/MOBILI <input type="checkbox"/> VENE DI PICCOLO CALIBRO <input type="checkbox"/> SEGNI DI PRECEDENTI DI VENIPUNTURE (ecchimosi/ematomi) <input type="checkbox"/> SEGNI DI FLEBITE/INFILTRAZIONI/STRAVASI <input type="checkbox"/> VENE DURE E SCLEROTICHE <input type="checkbox"/> CAPILLARI E/O VENE FRAGILI ALLA VENIPUNTURA <input type="checkbox"/> UN SOLO ARTO SUPERIORE DISPONIBILE <input type="checkbox"/> VENE PRESENTI SOLO A LIVELLO DI POLSO O MANI <input type="checkbox"/> N° ACCESSI PER VENIPUNTURA < 2		<input type="checkbox"/> TERAPIA INFUSIVA CON FARMACI VESCICANTI ! <input type="checkbox"/> TERAPIA INFUSIVA CON FARMACI IRRITANTI ! <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI FARMACI CON PH >9 o <5 ! <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI SOLUZIONI/FARMACI IPEROSMOLARI > 600 mOsm/l ! <input type="checkbox"/> NPT > 800 mOsm/litro !  <input type="checkbox"/> NECESSITÀ DI MONITORAGGIO EMOdinamico CRUENTO !  Data _____ <input type="checkbox"/> 1ª valutazione <input type="checkbox"/> 2ª valutazione	
<input type="checkbox"/> NECESSITÀ DI PRELIEVI EMATICI RIPETUTI E FREQUENTI		Firma Medico _____	
<input type="checkbox"/> DURATA TERAPIA INFUSIONALE > 6 gg		Firma Infermiere _____	

**!** condizione vincolante per il posizionamento di un accesso venoso centrale

**Sez. B**

UO _____	<b>PICC TEAM</b> Tel. 882436-882087    362912-365826 FAX 882088
<input type="checkbox"/> SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER POSIZIONAMENTO DI ACCESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Altro _____	
DATA __/__/__	Firma Medico _____

	<b>MODULO PER LA CUSTODIA DEI VALORI DEI PAZIENTI</b>	MOD02_IOcogrT002_SIC	Pag 1 di 1
			Rev 02 Del 10/12/2015

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ i sottoscritti:

1° OPERATORE \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

2° OPERATORE \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

Prelevano dal/la Sig./ra (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

I beni di seguito elencati (es oggetti preziosi, protesi dentarie, protesi acustiche, somme di denaro, bancomat, carte di credito ecc.):

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

Gli oggetti di cui sopra sono custoditi presso: \_\_\_\_\_

Firma 1° Operatore \_\_\_\_\_

Firma 2° operatore \_\_\_\_\_

### RICONSEGNA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ **consegna** i beni in elenco

Al Sig./ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

che ne verifica la completa restituzione e si assume la responsabilità derivante da eventuali vincoli, normative, a cui siano soggetti i beni in questione .

**Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità**  
(solo nel caso di persona diversa dal paziente stesso)

Firma operatore sanitario \_\_\_\_\_

Firma ricevente \_\_\_\_\_

**N.B.: LA PRESENTE SCHEDA DEVE ESSERE CONSERVATA NELLA CARTELLA CLINICA (IN CASO DI PAZIENTI RICOVERATI) OPPURE IN APPOSITO RACCOGLITORE (IN CASO DI UTENTI ESTERNI)**







# ALLEGATO 2

N°cartella	reparto	data ingresso	data dimis/trasf	cognitivo	alimentazione	mobilizzazione	nutrizione	eliminazione	sonno	persone riferimento	braden	barthel	conley	nrs/painad	rischio caduta	informativa	modulo valori	patrimonio venoso	mobilizza PA	T*	saturaz	monitoraggio vie venose	monitoraggio dolore	dimissione/trasfer	
N°cartella	reparto	data ingresso	data dimis/trasf	cognitivo	alimentazione	mobilizzazione	nutrizione	eliminazione	sonno	persone riferimento	braden	barthel	conley	nrs/painad	rischio caduta	informativa	modulo valori	patrimonio venoso	mobilizza PA	T*	saturaz	monitoraggio vie venose	monitoraggio dolore	dimissione/trasfer	
3656	ria	10-mar	19-mar	no	no	no	no	no	no	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	no	no
3766	sub	20-apr	4-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no
3766	ria	14-apr	20-apr	si	si	si	si	si	si	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	no	no	no	no	no	no
3795	ria	14-mar	14-apr	si	si	si	no	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	si	si	si	si	si	si	si	no
3795	sub	14-apr	20-mag	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3485	ria	5-mar	11-mar	si	no	si	si	si	si	si	si	NA	no	si	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
3658	sub	23-mar	28-mar	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	no
3888	sub	14-mar		si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	no
4627	sub	27-apr		si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4111	ria	25-mar	9-apr	no	no	no	no	no	no	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	DS	si	si	si	si	no	no
4111	sub	9-apr	13-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no
3483	ria	4-mar	16-apr	si	si	no	si	si	si	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3483	sub	16-apr	20-mag	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3726	ria	19-mar	4-apr	si	si	no	no	no	no	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	DS	si	si	si	si	si	no
3726	sub	10-mar	13-mar	si	si	si	si	si	si	no	no	no	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4163	sub	27-mar	14-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4163	ria	14-apr	15-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4216	ria	29-mar	15-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3845	sub	15-mar	21-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	DS	si	si	si	si	si	no
4057	sub	22-mar	1-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4179	ria	27-mar	2-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4179	sub	2-apr	7-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	DS	si	si	si	si	si	no
4008	sub	12-apr	9-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4008	sub	20-mar	24-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4008	ria	21-mar	12-apr	no	no	no	no	no	no	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
3556	ria	6-mar	11-mar	si	si	si	si	si	no	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	no	no
3838	sub	14-mar	16-mar	si	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3838	ria	16-mar	4-mag	si	si	si	no	no	no	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4731	ria	6-mag	8-glu	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
3937	sub	17-mar	18-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3937	ria	18-mar	18-mar	no	si	no	si	si	no	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4230	sub	12-apr	17-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no
4230	ria	3-apr	12-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4469	sub	15-apr	17-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	DS	si	si	si	si	si	no
4469	sub	17-apr	20-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4469	ria	20-apr	22-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4469	sub	22-apr	4-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	si	no	DS	si	si	si	si	si	no
4151	sub	26-mar	29-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	si	no	si	si	si	si	si	no
4151	ria	29-mar	7-apr	si	si	si	si	si	si	no	NA	NA	no	si	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4151	sub	7-apr	11-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	DS	si	si	si	si	si	no
4151	sub	11-apr	14-apr	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3797	sub	13-apr	20-apr	si	si	si	si	si	no	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3797	ria	20-apr	8-apr	si	si	no	no	no	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4209	sub	29-mar	1-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4209	ria	1-apr	2-mag	si	si	si	si	si	si	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4209	sub	2-mag	26-mag	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4436	ria	14-apr	16-apr	si	si	no	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4436	sub	16-apr	20-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	no
4181	ria	1-apr	5-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4181	sub	5-apr	14-apr	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
4331	sub	4-apr	7-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	no
4331	ria	7-apr	20-apr	si	si	si	si	si	si	si	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	no

4331	sub	20-apr	18-mag	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si	no	no	si	no	si	no	si	si	si	si	si	si
3813	ria	14-mar	1-apr	no	no	no	no	no	no	no	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	DS	si	si	si	no	no	si
3818	sub	14-mar	26-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	DS	si	si	si	si	no	no	no
3818	ria	26-mar	6-apr	no	no	no	no	no	no	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	no	no
3991	sub	19-mar	22-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	no	no	si	si	si	si	si	si
3991	ria	22-mar	16-mag	no	no	no	no	no	no	no	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	si	si
4248	sub	31-mar	7-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	si	si	si	si	si	si	si	si	no
4248	ria	7-apr	10-apr	si	no	no	no	no	no	si	si	NA	NA	no	NA	NA	si	no	no	si	si	si	no	no	no
4248	sub	10-apr	14-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	DS	si	si	si	no	no	no	no
3627	ria	9-mar	26-mar	no	no	no	no	no	no	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	DS	si	si	si	si	no	si
3627	sub	28-mar	11-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	DS	si	si	si	no	no	no	si
4622	ria	26-apr	29-apr	no	no	no	si	si	no	no	no	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	no	no	si
4863	sub	8-mag	16-mag	si	si	si	si	si	no	no	si	si	si	no	si	si	no	no	DS	si	si	si	no	no	si
4171	sub	27-mar	10-apr	si	si	si	no	si	no	si	si	si	no	si	si	no	si	no	no	si	si	si	si	si	si
4574	sub	21-apr	27-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	DS
4559	sub	6-apr	16-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	si	si	si	no	no	no
4559	ria	16-apr	20-apr	si	si	si	no	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	si	no	no	si	si	si	si	no	si
4544	sub	20-apr	22-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no	si	si	si	si	si	si
4544	sub	23-apr	6-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	NA
4549	sub	21-apr	9-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	si	si
3810	sub	13-mar	19-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	no
3520	ria	6-mar	26-mar	si	si	si	si	si	no	si	NA	NA	no	NA	NA	NA	no	no	DS	si	si	si	DS	no	no
3520	sub	26-mar	6-apr	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	DS	si	si	si	no	no	no	no
4089	sub	24-mar	si	no	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	si	si	no	si	si	si	si	si	NA
4094	sub	23-mar	26-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	no	si	si	si	no	no	no
4520	sub	18-apr	20-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no	si	si	si	si	no	no
4088	sub	24-mar	9-apr	si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	si	si	si	no	no	no
4522	sub	18-apr	3-mag	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	si	no	no	si	si	si	si	si	si	si	si
4091	sub	24-mar	28-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	si	si	no
3799	sub	13-mar	20-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no	si	si	si	si	si	NA
4087	sub	24-mar	26-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	si	si	si	si	si	no	no	no
4092	sub	24-mar	10-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si
4011	sub	20-mar	25-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	DS	si	si	si	si	si	si	no
4011	ria	25-mar	no	no	no	no	si	no	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	no	NA	NA
4080	sub	23-mar	3-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	si	si	si
4085	sub	23-mar	28-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	no
3270	sub	27-feb	4-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	si	no	DS	si	si	si	si	si	DS	no
4014	sub	20-mar	22-mar	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no
4014	ria	2-mar	7-apr	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	si	si	si	si	no	no	no
4083	sub	23-mar	6-apr	si	no	no	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	no	no	no	no
4010	sub	20-feb	si	no	si	no	si	no	si	si	NA	NA	no	NA	NA	si	no	no	no	si	si	si	si	si	NA
4379	sub	7-apr	NA	NA	si	NA	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	no	no	si	si	si	si	si	NA
4014	ria	7-apr	NA	si	si	si	si	NA	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	no	no	si	si	si	si	no	NA
4206	sub	28-mar	4-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	si
4082	sub	23-mar	6-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	no
4376	sub	1-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	NA	no	NA	NA	no	no	si	si	si	si	si	si	si	NA
4204	sub	28-mar	4-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	si	si	si
4012	sub	19-mar	21-mar	no	si	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	no	si
4081	sub	23-mar	3-apr	si	si	si	si	si	si	si	si	NA	si	NA	NA	si	no	DS	si	si	si	si	no	NA	NA