



SCHEDA VALUTAZIONE DEL DOLORE

All. 1
 Rev. 2
 Pubblicato il 15/12/2022
 Prescrittivo dal 31/12/2022
 Pag. 1 di 1

ETICHETTA



Data																				
Ora																				
Scala di Riferimento	V.A.S.	10																		
		9																		
		8																		
		7																		
		6																		
		5																		
		4																		
		3																		
		2																		
		1																		
0																				

Sede del dolore																			
Capo																			
Collo																			
Torace																			
Addome																			
Arti Sup.																			
Arti Inf.																			

Sintomi Associati																			
Nausea/ Vomito																			
Inappete nza																			
Stipsi																			
Febbre/ Brivido																			
Edema																			
Confusio ne																			
Sigla Operat.																			
Firma Medico																			

Algoritmo per la definizione del rischio tromboembolico in medicina interna

Nome _____ Cognome _____ Età _____

Motivo del ricovero _____

Clearance della creatinina _____ ml/min

VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOTICO INDIVIDUALE PER PAZIENTE RICOVERATO IN MI (PADOVA SCORE)

1 1 punto per item

2 2 punti per item

3 3 punti per item

- Età ≥ 70 anni
- Insufficienza respiratoria e/o scompenso cardiaco classe III/IV NYHA
- IMA o ictus ischemico
- Infezione acuta e/o malattia reumatica
- Obesità
- Trattamento ormonale in corso

- Recente (≤ 1 mese) chirurgia o trauma

- Pregresso episodio tromboembolico venoso
- Cancro in fase attiva
- Mobilità ridotta (Allettato da almeno tre giorni; considera anche il paziente che, seppur allettato, si reca autonomamente ai servizi igienici)
- Conosciuta trombofilia maggiore (difetti di antitrombina, proteina C o S, fattore V di Leiden, mutazione G20210A della protrombina, sindrome da anticorpi antifosfolipidi)

Rischio globale =
TOTALE

Non si applica profilassi farmacologica a causa di:

Data: ___ / ___ / ___

Firma del Medico: _____

Prescritta profilassi a domicilio

SI NO

Data: ___ / ___ / ___

Durata consigliata _____ giorni

Firma del Medico: _____

Strategie di prevenzione della TVP di provata efficacia



Rischio* Strategie Somministrazione Durata

RISCHIO BASSO

< 4 Nessuna profilassi

RISCHIO ELEVATO

≥ 4 Eparina a basso peso molecolare o fondaparinux

EBPM dose raccomandata per il singolo farmaco (valutare la riduzione della dose in base alla Clearance della creatinina secondo indicazioni della singola scheda tecnica)

Fondaparinux 2,5 mg/die
(1,5 mg se clearance creatinina fra 20 e 50 ml/min)

Durante il periodo di ricovero valutare il proseguimento a domicilio della profilassi se permane un alto rischio alla dimissione (di norma fino ad un massimo di 28 giorni)

* Nei pazienti con sanguinamento in atto o con rischio elevato di sanguinamento (IMPROVE BLEEDING RISK ≥ 7) considerare l'opportunità di utilizzare esclusivamente mezzi fisici (compressione pneumatica intermittente o, solo se non disponibile, calze a compressione graduata), almeno fino a che permane il sanguinamento o l'elevato rischio di sanguinamento.

In caso di uso di eparina, controllare la conta piastrinica a giorni alterni la prima settimana e, se prosegue il trattamento, dopo 15 giorni dall'inizio della terapia.

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST



ACCORDO SULL'INFORMAZIONE

MR MGB 019
Rev. 0
del 03/08/2016
Pag. 1 di 1

Io sottoscritto/a Sig. _____ nato il _____
a _____

dichiaro di essere stato/a informato/a dal Medico Dott./Dott.ssa _____
di avere diritto:

- Al rispetto della mia persona e della mia dignità
- Ad essere informato in modo completo e comprensibile riguardo:
 - Al mio stato di salute e all'evoluzione della malattia
 - Alle procedure diagnostico-terapeutiche necessarie, per la cui esecuzione potrò esprimere o meno il consenso
- A poter esprimere la mia volontà di non essere informato/a sulla mia situazione di malattia, conservando il diritto al miglior trattamento previsto dagli standard terapeutici attuali

Dichiaro, inoltre, che le notizie relative al mio stato di salute vengano fornite:

- Solo a me
- A me e a _____ (specificare)
- Sola a _____ (specificare)
- In caso di incoscienza a _____ (specificare)

Chiedo che vengano rispettate le mie scelte dettate dalla mia fede religiosa, dalla mia cultura, dai miei ideali e valori etici e che esse vengano tenute in massima considerazione nel momento in cui mi verrà suggerita una proposta terapeutica, in relazione soprattutto alla qualità della mia vita futura.

Chiedo pertanto di poter usufruire dell'assistenza religiosa della fede che professo:

- Sì _____ (specificare)
- No

Autorizzo il personale dell'Unità Operativa al trattamento dei dati sensibili (DL n. 196 del 30.06.2003).

Firma del Medico _____

Firma del Paziente _____

Data _____

Unita' Operativa:		SI	NO	NP
M15	Presenza di scheda ReTos valutazione del rischio cadute (tutti i ricoverati con età >65 anni)			
(M36)*	- Presenza scheda algoritmo rischio TVP			
	- Presenza profilassi antibiotica perioperatoria			
M38	- Schede MEWS			
	- Schede MEWS > di 3			
M39	Presenza della documentazione sanitaria delle corrette registrazioni delle valutazioni del dolore (PA 12 - Controllo e cura del dolore)			
(M40)*	Il personale infermieristico valuta in maniera multidimensionale il grado di dipendenza del paziente attraverso strumenti di valutazione ad hoc (Valutazione inferm. Multidimensionale - TP HL 80 - TP HV 44)			
(M42)*	In caso di sospetto o presenza di infezioni correlate all'assistenza, si controlla che vi sia la scheda per la segnalazione di una sospetta infezione ospedaliera (ICA TP HL 67 - TP HV 29) e nel caso di malattia infettiva e diffusiva la relativa scheda di notifica.			
M43	Presenza della scheda o documentata tracciabilità della gestione e monitoraggio CVC (TP HL 83 – TP HV 35)			
M45	Paziente a rischio ulcere da pressione (PA 16 – scala di Braden TA DPIO 01)			
M46	Valutazione per il rischio nutrizionale			
ORTO 2.2.1	Valutazione multidisciplinare preoperatoria in paziente traumatizzato			
C3.2.1.	Presenza del Verbale Operatorio e Procedure invasive eseguite firmate e correttamente compilate			
C3.2.2	- Presenza della check list di sala operatoria			
	- Presenza della scheda di tracciabilità dispositivi medici e impiantabili			
	- Conteggio garze e strumentario			
	- Allergia al lattice			
	Consenso informato per anestesia firmato da anestesista e paziente			
	Consenso informato all'intervento chirurgico firmato da medico e paziente			
	Consenso informato per emotrasfusione firmato da medico e paziente			
DGRT 732/2014	La check list per l'emotrasfusione è presente e correttamente compilata			
(M47)*	Presenza della STU compilata correttamente			
(M49)*	Presenza della scheda di attivazione continuità assistenziale (TP HL 82 – TP HV 33)			
(M51)*	Presenza della lettera di dimissione			
	Lettera di dimissione correttamente compilata			

Data _____

Firma _____



ELETTOCARDIOGRAMMA

MR MGB 025
Rev. 0
del 05/08/2016
Pag. 1 di 1



Data _____

- Tracciato normale precedente
 Tracciato invariato
 Tracciato modificato rispetto al precedente

Disturbi dell'automatismo

Difetti di conduzione

Analisi del tratto ST-T

- Aritmia sinusale
- Tachicardia sinusale
- Bradicardia sinusale
- Pause sinusali
- Ritmo giunzionale
- Extrasistolia soprav.
- Fibrillazione atriale
- Flutter atriale
- Ritmo ventricolare
- Extrasistolia ventric.
- Ritmo indotto da Pace Maker
- _____

- Blocco seno atriale
- Blocco atrio ventricolare
- Emiblocco anteriore sx
- Emiblocco posteriore sx
- Blocco di branca sx
- Blocco di branca dx
- Preeccitazione ventri

- Anomalie a carattere aspecifico
- Anomalie da sovraccarico vent. sx
- Anomalie da sovraccarico vent.dx
- Segni di ischemia miocardica
- Segni di lesione
- Necrosi miocardica acuta
- necrosi miocardica progressa
- _____

Anomalie dell'onda A e del QRS

- Anomalie dell'atriogramma
- Basso voltaggio del ventricologramma
- Ipertrofia ventricolare sx
- Ipertrofia ventricolare dx

Caselle contrassegnate N° _____

IL MEDICO _____

.....

.....

.....

etichetta

LEGENDA VALUTAZIONE (VAL):

- **S** STABILE
- **M** MIGLIORATO
- **Pg** PEGGIORATO
- **I** IMMUTATO
- **NP** NON PROGREDISCE
- **P** PROGREDISCE

--	--

	INGRESSO	72 h					VAL
1-DIAGNOSI MODELLO PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE							
Rischio di infezione							
Rischio di trasmissione delle infezioni							
Rischio di lesione							
Inefficace autogestione della salute							
1 – INTERVENTI MODELLO PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE							
Fornire un sostegno educativo al paziente							
Coinvolgere i familiari/caregiver							
Coinvolgere, se necessario, figure specialistiche							
Utilizzo dei DPI							
Corretta gestione del CV, CA, CVP, CVC							
Rilevare segni di infezione a livello cutaneo e controllo delle ferite							
Valutare caratteri dell'espettorato							
Mantenere il letto al suo livello più basso, utilizzare le sponde							
Sorvegliare la persona per verificare il suo livello di sicurezza							
2 –DIAGNOSI MODELLO NUTRIZIONE/METABOLISMO							
Compromissione della deglutizione							
Compromissione della mucosa orale							
Compromissione dell'integrità cutanea							
Rischio di compromissione dell'integrità cutanea							
Rischio di instabilità glicemica							
Nutrizione inferiore al fabbisogno							
Nutrizione inferiore al fabbisogno correlata a disfagia correlata a diminuzione dell'appetito							
secondaria ad alterazione dello stato di coscienza							
Nutrizione superiore al fabbisogno							
Ipertermia							
2- INTERVENTI MODELLO NUTRIZIONE/METABOLISMO							
Mobilizzare la persona appena possibile							
Mantenere asciutta e idratata la cute							
Ispezionare il cavo orale quotidianamente							
Eeguire l'igiene del cavo orale							
Monitorare la glicemia							
Educare il paziente a riconoscere iperglicemia e ipoglicemia							
Somministrare alimenti adeguati a diabete/patologie/religione							
Fornire un Diario Alimentare							

Diminuire l'apporto calorico							
Posizionare i pazienti allettati nella posizione idonea per facilitare l'assunzione del pasto/sostenere il paz							
Ipertermia: idratare il paziente, monitorare la temperatura del corpo e dell'ambiente							
Valutare l'inserimento di CV/CONVEEN							
Monitorare la quantità di liquidi introdotti							
Proteggere da lesioni la cute edematosa							
Mantenere gli arti edematosi in scarico							
3- DIAGNOSI MODELLO ELIMINAZIONE							
Diarrea							
Stipsi							
Incontinenza urinaria							
Incontinenza fecale							
3- INTERVENTI MODELLO ELIMINAZIONE							
Valutare/praticare un clistere evacuativo							
Valutare presenza di fecalomi con eventuale rimozione							
Somministrare una dieta adeguata alla diarrea							
Mantenere la cute asciutta							
Monitorare la diuresi							
Valutare l'inserimento di CV/CONVEEN							
Controllo della ripresa della minzione							
4- DIAGNOSI MODELLO ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO							
Compromissione della mobilità							
Sindrome da immobilizzazione							
Rischio di caduta							
Deficit della cura di sé (igiene, alimentazione, cura del proprio aspetto, uso del bagno, vestirsi/spogliarsi)							
4 – INTERVENTI MODELLO ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO							
Valutare la deambulazione							
Lasciare a portata di mano campanello, telecomando, oggetti personali di frequente utilizzo							
Fornire eventuali ausili per la deambulazione							
Mobilizzare in presenza del caregiver							
Incoraggiare la persona alla mobilità ove possibile							
Utilizzare cuscini e altri ausili per proteggere il corpo							
Applicare MAD secondo Indice di Braden							
Effettuare medicazioni preventive o curative							
Mobilizzare progressivamente la persona: GFL, poltrona...							
4B- DIAGNOSI RESPIRAZIONE							
Rischio inalazione							
Incapacità di liberare le vie aeree							
Rischio di inefficace funzionalità respiratoria							
Inefficace funzionalità respiratoria							
PC: Rischio di complicanze per ipossiemia							
4B – INTERVENTI RESPIRAZIONE							
Mantenere pervie le vie aeree							
Monitorare FC, SpO ₂ , diuresi, EGA							
Mantenere una posizione facilitante la respirazione							
Istruire la persona sul metodo corretto di controllo della tosse e usare la respirazione diaframmatica							
Tritare i farmaci							
Somministrare alimenti adeguati alla disfagia							
Valutare/praticare aspirazione							
Somministrare ossigenoterapia							
4C- DIAGNOSI CIRCOLAZIONE							

riduzione della gittata cardiaca						
Inefficace perfusione tissutale periferica						
complicanze per effetti avversi della terapia con farmaci anticoagulanti						
Alterazioni del ritmo cardiaco						
complicanze per ipovolemia						
4C – INTERVENTI CIRCOLAZIONE						
Posizionare gli arti inferiori in scarico						
Valutare temperatura/colorito delle estremità						
Monitoraggio del bilancio idrico						
Monitorare FC, SpO ₂ , PA						
Monitoraggio tracciato elettrocardiografico						
Valutare presenza di calze elastiche, fasce, tutori, manicotti, punti di pressione sulla cute (utilizzare l'archetto)						
Mobilizzare la persona						
Controllo e medicazione ferita chirurgica						
5- DIAGNOSI MODELLO RIPOSO/SONNO						
Insomnia						
5 – INTERVENTI MODELLO RIPOSO/SONNO						
Fornire le condizioni ambientali per il riposo rimuovendo elementi di disturbo ove possibile (luci, suoni, temperatura...)						
Incoraggiare la presenza del caregiver se necessario						
6- DIAGNOSI MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO						
Confusione mentale acuta						
Dolore acuto						
6 – INTERVENTI MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO						
Pronunciare parole rassicuranti						
Mantenere la persona più attiva possibile durante il giorno						
Cercare di eliminare uno stimolo doloroso						
7- DIAGNOSI MODELLO CONCETTO DI SE'						
Ansia						
Paura						
7 – INTERVENTI MODELLO CONCETTO DI SE'						
Praticare un ascolto attivo						
Parlare con calma e dare istruzioni precise						
Favorire la respirazione						
Evitare elementi di disturbo						
8- DIAGNOSI MODELLO RUOLO/RELAZIONI						
Compromissione della comunicazione						
8 – INTERVENTI MODELLO RUOLO/RELAZIONI						
Coinvolgere un caregiver per facilitare la comunicazione						
Parlare in modo semplice e scandito						
Individuare una figura di riferimento/caregiver						
Valutare la necessità di attivare ACOT						
9- DIAGNOSI MODELLO COPING/TOLLERANZA ALLO STRESS						
Rischio di violenza rivolta ad altri						
Coping inadeguato della famiglia						
Coping inefficace						
9 – INTERVENTI COPING/TOLLERANZA ALLO STRESS						
Facilitare il sostegno emotivo da parte di amici/familiari						
Spiegare tutti i problemi che si possono presentare alla dimissione						
SIGLA INFERMIERE						