

DI FATTO

La CC è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero:

- * identificazione della struttura di ricovero
- * generalità dell'assistito
- * caratteristiche del ricovero
- anamnesi
- es.obiettivo
- referti di trattamento diagnostico e terapeutici
- diagnosi e terapia
- ☐ verbale operatorio
- ☐ diario della degenza
- ☐ documentazione dei professionisti sanitari non medici
- ❖ lettera di dimissione e SDO

INFORMAZIONI

**Anagrafico-
Amministrative I**

**Inquadramento
clinico II**

**Decorso del
ricovero III**

**Cessazione del
ricovero IV**

L'INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE



MOTIVAZIONE DEL RICOVERO

Identifica in modo chiaro e dettagliato i problemi attuali del paziente al fine di orientare l'inquadramento clinico.

Contiene la descrizione del disturbo principale: sintesi clinica che riporti sintomi, condizioni, diagnosi o sospetto diagnostico o altri elementi che hanno determinato il ricovero.

L'INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE



ANAMNESI

orientata alla identificazione dei problemi attivi ed inattivi in relazione all'episodio attuale di malattia, anche al fine di identificare i bisogni complessivi del paziente.

Può essere *breve, estesa o completa* in base al dettaglio ritenuto necessario ed al numero di sistemi d'organo indagati.



L'INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE



ESAME OBIETTIVO

Orientato alla valutazione critica dei sistemi/apparati correlati con le motivazioni del ricovero ed eventualmente più ampio qualora l'anamnesi o le indagini cliniche lo richiedano.

Può essere *mirato al problema, esteso ad altri aspetti correlati, dettagliato e completo* a seconda delle necessità.

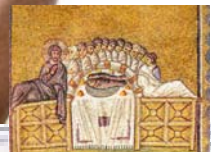


L'INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE



IPOTESI DIAGNOSTICHE ED ELENCO DEI PROBLEMI ATTIVI

Sulla base dell'inquadramento clinico vengono formulate e riportate le ipotesi diagnostiche e/o un elenco dei problemi attivi (prevalentemente diagnostici oppure terapeutico-assistenziali).

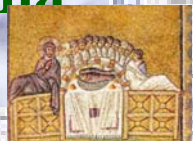
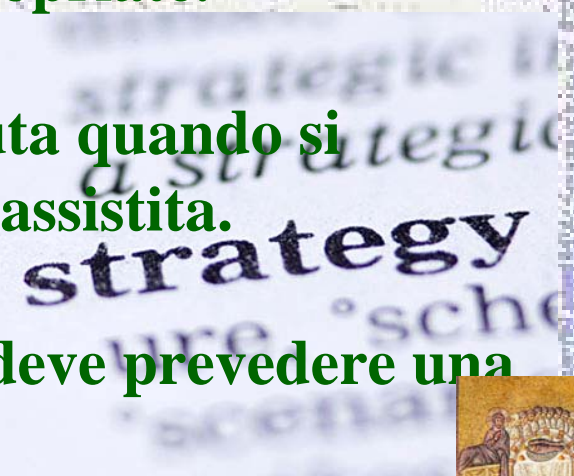


L'INQUADRAMENTO CLINICO DEL PAZIENTE



PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO:

1. Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevati vengono individuate le procedure appropriate.
2. La valutazione clinica deve essere ripetuta quando si modificano le condizioni della persona assistita.
3. Ogni trasferimento interno in ospedale deve prevedere una ulteriore valutazione.



IL PROCESSO DI CURA

Occorre predisporre un quadro sinottico diagnostico-terapeutico per registrare:



-Procedure diagnostiche:

Medico prescrittore

Tipo di esame

Data richiesta

Data/ora prenotazione

Data esecuzione

Data arrivo referti in U.O.

-Procedure terapeutiche/assistenziali:

Medico prescrittore

Data prescrizione

Procedura

Data ed ora esecuzione

Note

-Procedure riabilitative

DI FATTO

La CC è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero:

- * identificazione della struttura di ricovero
- * generalità dell'assistito
- * caratteristiche del ricovero
- anamnesi
- es.obiettivo
- referti di trattamento diagnostico e terapeutici
- diagnosi e terapia
- ☐ verbale operatorio
- ☐ diario della degenza
- ☐ documentazione dei professionisti sanitari non medici
- ❖ lettera di dimissione e SDO

INFORMAZIONI

**Anagrafico-
Amministrative** I

**Inquadramento
clinico** II

**Decorso del
ricovero** III

**Cessazione del
ricovero** IV

IL DECORSO DEL RICOVERO

La documentazione relativa al decorso del ricovero dovrebbe essere organizzata nelle sezioni indicate:

VERBALE OPERATORIO

- documentazione anestesiologicala
- informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito



DIARIO CLINICO

- foglio unico di terapia farmacologica
- prescrizioni nutrizionali
- rilevazione dei parametri vitali (grafica)
- referti/consulenze

DOCUMENTAZIONE DEI SANITARI CLINICI NON MEDICI



QUALCHE APPUNTO SU:

IL VERBALE OPERATORIO



Il Ministero della Sanità con nota prot. 900.2/2.7/190 del 14.3.1996 dispone:

“.. Il **registro operatorio, ossia il verbale di ogni intervento, costituisce parte integrante e rilevante cartella clinica, nella quale dovrà sempre essere compresa una copia di tale verbale, qualunque siano le modalità della sua tenuta..”**

QUALCHE APPUNTO SU:

IL VERBALE OPERATORIO



Il Consiglio Superiore di Sanità ha ritenuto:

➤ **Requisiti sostanziali siano essenzialmente:**

- la *veridicità*
- la *completezza*
- la *chiarezza*

➤ **Requisiti formali:**

- data, ora inizio / fine atto operatorio
- nome del primo operatore e di quanti hanno partecipato direttamente
- diagnosi finale e denominazione della procedura
- anestesia utilizzata e nome dei sanitari
- descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura
- sottoscrizione del primo operatore

QUALCHE APPUNTO SU:



IL VERBALE OPERATORIO

**Il Direttore dell'Unità Operativa è
DIRETTAMENTE RESPONSABILE
della corretta compilazione, tenuta e conservazione
del registro operatorio.**

Sono inoltre necessari:

- **numero del verbale**
- **numero identificativo del ricovero**
- **codice dell' U.O. Chirurgica**
- **codice dell'U.O. di ricovero**
- **codice della procedura (ICD 9-CM)**

QUALCHE APPUNTO SU:

IL DIARIO CLINICO



Ha l'obiettivo di verificare nei tempi appropriati, per il singolo paziente, la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico-terapeutico-assistenziale.

In particolare devono essere segnalate:

- *tutte le variazioni delle condizioni cliniche rispetto all'inquadramento clinico-assistenziale iniziale o riferite ad un momento precedente del ricovero.*
- *le eventuali modifiche portate al programma di cura con la loro motivazione.*

QUALCHE APPUNTO SU:

IL DIARIO CLINICO



Le informazioni contenute devono documentare in modo accurato il decorso clinico, i risultati delle prestazioni erogate, le decisioni terapeutiche in modo da permettere una visione d'insieme temporalmente corretta.

- I fatti vanno riportati **CONTESTUALMENTE** al loro verificarsi.
- **IL COMPILATORE DEVE ESSERE SEMPRE IDENTIFICABILE.**
- E' raccomandabile che nei reparti per acuti vi sia almeno **UNA VALUTAZIONE PER OGNI GIORNATA DI DEGENZA.**

QUALCHE APPUNTO SU:

DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI: LA CARTELLA INFERMIERISTICA



La cartella infermieristica è lo strumento cartaceo o informatizzato dove l'infermiere documenta per ogni persona assistita:

- la pianificazione dell'assistenza
- la sua attuazione

Nella realtà italiana il modello concettuale di riferimento è quello della cosiddetta *“scuola dei bisogni”*, caratterizzato dalla relazione tra il concetto di assistenza infermieristica e quello di bisogno



QUALCHE APPUNTO SU:

DOCUMENTAZIONE DI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI: LA CARTELLA INFERMIERISTICA



La cartella infermieristica dovrebbe prevedere le seguenti sezioni:

- **raccolta informazioni**
- **identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica**
- **formulazione degli obiettivi**
- **pianificazione delle azioni infermieristiche**
- **diario infermieristico**
- **valutazione dei risultati**

Tale percorso può assicurare una risposta ai bisogni che si manifestano nella persona secondo le varie dimensioni (bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale)



DI FATTO

La CC è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero:

- * identificazione della struttura di ricovero
- * generalità dell'assistito
- * caratteristiche del ricovero
- anamnesi
- es.obiettivo
- referti di trattamento diagnostico e terapeutici
- diagnosi e terapia
- ☐ verbale operatorio
- ☐ diario della degenza
- ☐ documentazione dei professionisti sanitari non medici
- ❖ lettera di dimissione e SDO

INFORMAZIONI

**Anagrafico-
Amministrative** I

**Inquadramento
clinico** II

**Decorso del
ricovero** III

**Cessazione del
ricovero** IV