



adottata dal Direttore Generale in data 14 NOV. 2018

**Oggetto:** Revisione e integrazione del Modello Unico di Cartella Infermieristica adottata con deliberazione 2347 del 21/12/2016

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 15 NOV. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

Il Direttore Generale Dott.ssa Graziella Pintus

*coadiuvato da*

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

*Su proposta della Direzione Sanitaria Aziendale*

**PREMESSO** che con deliberazione n. 2347 del 21.12.2016 l'A.O. Brotzu ha adottato il modello unico di Cartella Infermieristica (CI) diffuso nei 3 stabilimenti nel 95% delle aree di degenza;

**PRESO ATTO** che è stato avviato l'uso sperimentale del Modello Unico di Cartella Infermieristica accompagnato da 3 percorsi formativi che hanno coinvolto 1076 partecipanti (personale infermieristico ed ostetrico dell'A.O.B) con il fine di: far acquisire conoscenze di carattere giuridico e medico legali riguardanti gli aspetti documentali, svolgere un audit clinico su un campione di CI allo scopo di evidenziare il corretto uso e/o compilazione, elaborare una eventuale revisione della CI attraverso il feedback del personale che ha frequentato i percorsi formativi;

**CONSIDERATO** che nella fase di sperimentazione è emersa la necessità di aggiornare e integrare il modello CI aziendale, in termini di contenuto e di grafica, sia riguardo al modello sia riguardo alle schede tecniche assistenziali; a questo modello è allegato un elenco di altre forme documentali di altri Professioni Sanitarie (es. Fisioterapista, Logopedista, Dietista);

**RITENUTO** pertanto di dover revisionare e integrare il modello unico di Cartella Infermieristica adottato con deliberazione 2347 del 21.12.2016;

### **DELIBERA**

*Per i motivi indicati in premessa:*

- 1) di adottare "il Modello Unico di Cartella Clinica Infermieristica", revisionato e integrato delle schede tecniche-assistenziali e dell'elenco di altre forme documentali di altri Professioni Sanitarie (es. Fisioterapista, Logopedista, Dietista) come da allegati al presente atto per farne parte integrale e sostanziale, con decorrenza dalla data di pubblicazione del presente atto;
- 2) di autorizzare la stampa tipografica della suddetta documentazione di tutte le Professioni



---

Sanitarie;

- 3) di autorizzare l'archiviazione della CI e di altre forme documentali delle Professioni Sanitarie (es. Fisioterapista, Logopedista, Dietista) quale parte integrante della cartella clinica della persona assistita;

**Il Direttore Amministrativo**

Dr.ssa Laura Balata

**Il Direttore Sanitario**

Dr. Vinicio Atzeni

**Il Direttore Generale**

Dr.ssa Graziella Pintus

ALL.A



AO Brotzu

DIREZIONE SANITARIA

N°archivio interno	
Cod. Nosologico Sisar	

Stabilimento Ospedaliero \_\_\_\_\_

## CARTELLA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Cognome Nome dell'assistito

\_\_\_\_\_

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P. IVA 02315520920  
www.aobrotzu.it

Timbro struttura di degenza



St. Ospedaliero \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

### CARTELLA INFERMIERISTICA

[ Sezione 1 ]

#### RACCOLTA DATI – ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ M  F

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

N° TELEFONO \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ RELIGIONE \_\_\_\_\_  Non dichiarata

LINGUA \_\_\_\_\_  MEDIATORE CULTURALE \_\_\_\_\_

RACCOLTA DATI CONDOTTA:  CON L'ASSISTITO  CON FAMILIARE / PERSONA REFERENTE

(Indicare familiare / referente) SIG./ SIG.RA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

IN CASO DI MINORE indicare i nomi dei genitori \_\_\_\_\_

TELEFONO genitore \_\_\_\_\_ TELEFONO genitore \_\_\_\_\_

RETI DI SOSTEGNO SOCIO- FAMILIARE (indicare se necessario):  VIVE SOLO  VIVE CON I FAMILIARI

VIVE PRESSO STRUTTURA \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL RICOVERO (diagnosi medica) \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO DI RICOVERO:  EMERGENZA  URGENZA  TRASFERIMENTO (indicare nell'interno copertina "cronologia trasferimenti")

PROGRAMMATO  PRE - RICOVERO  NO  SI in data \_\_\_\_\_

ALLERGIE/INTOLLERANZE (documentate o riferite) :  NO  SI (specificare sotto)

SI FARMACI \_\_\_\_\_

SI ALIMENTARI \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_

#### PATOLOGIE CONCOMITANTI

DISLIPIDEMIA  DIABETE  IPERTENSIONE  CARDIOPATIE \_\_\_\_\_  PAT. RESPIRATORIE \_\_\_\_\_

NEFROPATIE  G6PD carente  SI  NO

ALTRO \_\_\_\_\_

TERAPIA DOMICILIARE  NO  SI \_\_\_\_\_ (vedi Cartella Medica)

PREGRESSI INTERVENTI \_\_\_\_\_

PORTATORE DI PROTESI/DEVICE \_\_\_\_\_

Ø POSITIVITA' SIEROLOGICHE (documentate o riferite)  NO  Non sa  SI ① HCV ② HBV ③ HAV ④ HIV

NOTA: Indicare i Parametri Clinici rilevati all'ingresso o rinviare (es. "vedi Scheda Parametri" o "vedi Diario Infermieristico")

Altre Note \_\_\_\_\_

[ Sezione 2 ]

**VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (B.A.I.)**

BAI APERTO ✓ = NECESSITA' DI INTERVENTO ASSISTENZIALE

**1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA**B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

- NORMOCARDIA  ARITMIE :  TACHICARDIA  BRADICARDIA  FA  TPSV  ALTRO \_\_\_\_\_
- SCOMPENSO  DEVICE ELETTRICO TIPO \_\_\_\_\_
- DATA DELL'IMPIANTO \_\_\_\_\_
- NECESSITA DI:  MONITORAGGIO CARDIACO  MONITORAGGIO PRESSORIO
- ALTRO \_\_\_\_\_

**2. FUNZIONE RESPIRAZIONE**B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

- EUPNEA  TACHIPNEA  BRADIPNEA  DISPNEA  CIANOSI  APNEE NOTTURNE
- TOSSE  NO  SI  SECCA  PRODUTTIVA \_\_\_\_\_
- FUMO  NO  SI \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

**POSTURE OBBLIGATE / CONSIGLIATE :**

- FOWLER  SEMI-FOWLER  SUPINO OBBLIGATA  ALTRO \_\_\_\_\_
- VENTILAZIONE NON INVASIVA  CPAP  VENTILAZIONE INVASIVA
- TRACHEOSTOMIA - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  INTUBAZIONE E.T. - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- NECESSITA DI:  OSSIGENOTERAPIA l/m \_\_\_\_\_  BRONCO ASPIRAZIONE  BRONCOLAVAGGIO
- ALTRO \_\_\_\_\_

**3. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE**B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

- ALIMENTAZIONE:  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  TOTALMENTE DIPENDENTE
- NUTRIZIONE ENTERALE:  PEG  SONDINO  DIGIUNOSTOMIA
- NECESSITA DI:  AIUTO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL PASTO  NUTRIZIONE PARENTERALE \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

- STATO CUTE  IDRATATA  DISIDRATATA  ITTERICA  \_\_\_\_\_
- NAUSEA  VOMITO DIETA \_\_\_\_\_
- RECENTE ALTERAZIONE DEL PESO \_\_\_\_\_ PROTESI DENTARIE  NO  SI (vedi "GEP", pag.6)
- DIFFICOLTA' MASTICAZIONE  NO  SI DISFAGIA  NO  SI (vedi SCH. Screening disfagia)

**4. ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE**B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

- ALTERAZIONI ALVO:  NO  SI  DIARREA  STIPSI  ULTIMA EVACUAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- MELENA  RETTORRAGIA  STOMIA SI \_\_\_\_\_

- ALTERAZIONI MINZIONE / DIURESIS:  NO  SI  DISURIA  POLIURIA  POLLACHIURIA
- OLIGURIA  ANURIA  STRANGURIA
- INCONTINENZA  NICTURIA

- UTILIZZA PRESIDI / AUSILI  PAPPAGALLO  PADELLA  UROCONTROL  PANNI
- CATETERE VESCICALE  A PERMANENZA  ESTEMPORANEO (vedi "dispositivi invasivi")

- STOMIE:  UROSTOMIA  CISTOSTOMIA  NEFROSTOMIA  ENTEROSTOMIA (vedi "dispositivi invasivi")
- AUTO GESTIONE  NECESSITA DI SUPPORTO INFERMIERISTICO

Struttura (timbro)

Paz. \_\_\_\_\_

[ Sezione 3 ]

**VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (B.A.I.)**

BAI APERTO v = NECESSITA' DI INTERVENTO ASSISTENZIALE

**5. IGIENE**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

AUTONOMO     PARZIALMENTE AUTONOMO     TOTALMENTE DIPENDENTE

NECESSITA DI AIUTO PER \_\_\_\_\_

**6. MOVIMENTO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

DEAMBULA:     AUTONOMAMENTE     CON AIUTO \_\_\_\_\_

ALLETTATO:     SI MOBILIZZA NEL LETTO     IMMOBILE     ALLETTAMENTO TERAPEUTICO

UTILIZZA PROTESI / AUSILI:     CORSETTO     BASTONE/TRIPODE     DEAMBULATORE     CARROZZINA  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**7. RIPOSO E SONNO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

ALTERAZIONI DEL SONNO :     NO     SI     INSONNIA     RISVEGLI NOTTURNI  
 ALTRO \_\_\_\_\_

**8. VALUTAZIONE DELLA COSCIENZA-COMUNICAZIONE**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

STATO DI COSCIENZA:     ORIENTATO     CONFUSO     SOPOROSO

DISORIENTATO     TEMPO     SPAZIO     \_\_\_\_\_

TRANQUILLO     PREOCCUPATO     AGITATO

COMPRENDE L' INTERLOCUTORE:     SI     IN MODO LIMITATO     NO

RICHIEDE NECESSITA' DI:     INTERPRETE \_\_\_\_\_     REFERENTE \_\_\_\_\_  
 ALTRO \_\_\_\_\_

LINGUAGGIO:     NORMALE     AFASIA     DISARTRIA     MUTISMO

VISTA \_\_\_\_\_     USO DI OCCHIALI \_\_\_\_\_

UDITO \_\_\_\_\_     USO DI PROTESI ACUSTICA     ALTRO \_\_\_\_\_

**9. AMBIENTE SICURO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

E' IN GRADO DI UTILIZZARE IL SISTEMA DI CHIAMATA     NO     SI \_\_\_\_\_

È IN GRADO DI MODIFICARE LA POSIZIONE DEL LETTO     NO     SI \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

**MODELLO RIPRODUZIONE/SESSUALITA'**

(svolgere l'accertamento solo se strettamente necessario)

ULTIMA MESTRUAZIONE: \_\_\_\_\_    PROBLEMI MESTRUALI     NO     SI

IL PROBLEMA DI SALUTE INFLUISCE SULLA SFERA SESSUALE     NO     SI

[ Sezione 4 ]

**SCALE DI VALUTAZIONE**

(vedere il punteggio e se necessario, compilare le schede)

 **VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE**Punteggio all'ingresso - **Scala di Conley**

- A rischio >2
- Non a rischio 0-2
- Non valutabile

 **VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE**Punteggio all'ingresso - **Scala Hampt Dumty Fall Scale (HDFS)****BAMBINO OSPEDALIZZATO (fino a 13 anni)**

- A rischio → ≥ 12
- Basso rischio → 7-11
- Non a rischio → 6

 **VALUTAZIONE RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE**Punteggio all'ingresso - **Scala di Braden**

- Rischio medio-alto da 6 a 16
- Rischio lieve da 17 a 23
- Rischio nullo > 23

 **PROFILO DIPENDENZA/AUTONOMIA**Punteggio all'ingresso - **Indice di Barthel**

- 0 = Totalmente dipendente
- 0 - 40 = Necessita di aiuto
- 41 - 90 = Dipendenza moderata
- 91 -100 = Indipendente
- Non valutabile

NECESSITA DI PRESIDIO  NO  SI \_\_\_\_\_ **VALUTAZIONE DOLORE** (vedi anche scheda parametri e monitoraggio dolore) **VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO** (indicare sotto)**SCALA INFERMIERISTICA DI VALUTAZIONE DINAMICA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO**

(per l'attribuzione del grado vedi la scheda)

- GRADO 1 = OTTIMALE**       **GRADO 2 = BUONO**       **GRADO 3 = SUFFICIENTE**
- GRADO 4 = INSUFFICIENTE**       **GRADO 5 = SCARSO**

Tipo di dispositivo suggerito     CATETERE VENOSO PERIFERICO standard     MIDLINE     PICC

Altre note

---



---



---

L'Infermiere che svolge e chiude l' accettazione      (firma leggibile) \_\_\_\_\_

[ Sezione 5 ] CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E/O OSTETRICHE

Consenso ai sensi dei Decreti Ministeriali 739-740/94  
Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, artt. 20-24  
Codice Deontologico dell'Ostetrica del 2017, art. 3  
Legge 22 dicembre 2017, n. 219, artt. 1-3-5

La presente informativa ha lo scopo di ottenere il consenso alle azioni e procedure infermieristiche/ostetriche, previste nel piano assistenziale, che dovessero rendersi necessarie per il miglioramento delle condizioni cliniche del paziente:

- Posizionamento/rimozione di presidi medico-chirurgici o dispositivi invasivi;
- Somministrazione/esecuzione di terapie di competenza infermieristica o ostetrica;
- Prelievo di materiale biologico per le necessità diagnostiche INDICATE / PRESCRITTE ;
- Procedure chirurgiche di competenza ostetrica (da indicare solo in ambito specifico)

Dati identificativi della/del paziente \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Oppure in qualità di amministratore di sostegno \*:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  Genitore  Altro familiare

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiara

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto infermieristico e/o ostetrico proposto, attraverso:

- informativa fornita;  colloquio con Infermiera / Ostetrica;
- autorizzazione del giudice tutelare
- consenso già firmato nella degenza di \_\_\_\_\_

di essere a conoscenza della possibilità di **revocare\*\*** il presente consenso in qualsiasi momento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri.

Data \_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_

(o del familiare/amministratore di sostegno/genitore\*\*\*)

Firma  Infermiera  Ostetrica \_\_\_\_\_

NOTE

---

\* Da compilarsi in caso di incapacità di agire (es. minore età, interdizione), a cura dell'amministratore di sostegno.

\*\* In caso di revoca, la stessa va trascritta nel Diario assistenziale (indicando data, ora e firma dell'assistito)

\*\*\* In caso di necessità, richiedere la firma di entrambi i genitori

Struttura (timbro)

Paz. \_\_\_\_\_

[ Sezione 6 ]

**GESTIONE EFFETTI PERSONALI - "GEP"** (3 opzioni)

**(1)  Il paziente dichiara di non avere beni/effetti personali**

( persona assistita o di che ne fa le veci)

Firma \_\_\_\_\_

(in caso di minore, firma del genitore)

**(2)  Dichiarazione di presa in carico di beni/effetti personali e riconsegna**

(a cura del personale di assistenza)

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_  Coordinatore  Infermiere  OSS,  
dichiara di prendere in consegna i beni/effetti personali sotto esplicitati del paziente sopraindicato/a.  
Gli oggetti descritti saranno custoditi, in via del tutto temporanea, in luogo chiuso a chiave come da  
procedura aziendale e verranno consegnati in tempi brevi al paziente o suo familiare o ad altra persona  
di fiducia indicata dallo stesso.

Firma \_\_\_\_\_

Quanto sotto elencato è stato conservato in luogo sicuro (indicare) \_\_\_\_\_

fino al giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ Firma di chi consegna \_\_\_\_\_

E' stato **riconsegnato** alla persona di seguito indicata (dati di chi ritira i beni: familiare, tutore, altro)

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

Rapporto di parentela o altro, se soggetto diverso dal proprietario: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Firma di chi ritira \_\_\_\_\_

**(3)  Dichiarazione di mantenimento di beni/effetti personali**

(a cura della persona assistita)

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di mantenere i beni/ effetti personali sotto  
indicati (di non fruire di contenitore per eventuale protesi) e esonera l'Azienda da ogni responsabilità  
in caso di smarrimento o furto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Beni/effetti personali presi in consegna temporanea o dichiarati/custoditi dal paziente**

Effetto	Materiale	Quantità	note
Protesi dentarie			
Protesi auricolari			
Carica batteria			
Cellulare			
Orologio			
Portafoglio			
Monili, spec. tipo			
Altro			





Struttura (timbro)

Paz. \_\_\_\_\_

[ Sezione 9 ]

## DISPOSITIVI INVASIVI

	DISPOSITIVO (indicare status come da legenda)	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA
1	CATETERE VENOSO PERIFERICO DX					
2	CATETERE VENOSO PERIFERICO SX					
3	<input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> MIDLINE					
4	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ					
5	CATETERE VESCICALE CH _____					
6	DRENAGGIO _____					
7	DRENAGGIO _____					
8	DRENAGGIO _____					
9	DRENAGGIO _____					
10	PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____					
11	PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____					
12	TUBO ENDOTRACHEALE Cm alla RB _____ N° _____					
13	CANNULA TRACHEOSTOMICA TIPO _____					
14	DERIVAZIONE VENTRICOLARE EST. (DVE) <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SN                    (NCH)					
15	CATETERE ARTERIOSO Tipo _____ Sede _____ Calibro _____					
16	FILI STIMOLATORI (CCH) _____					
17	CATETERE VENOSO DIALISI Tipo _____ Sede _____ Cal. _____					
18	ALTRO _____					

Legenda P = Posizionato

M = Medicato (vedi anche pag.10)

S = Sostituito

R = Rimosso











BISOGNI	OBIETTIVI	INTERVENTI	ATTUAZIONE DATA			Struttura (timbro)	Cognome	Nome									
			M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N			
			NOTE														
1. Funzione Cardiocircolatoria	Educare	Abitudini e terapia															
	Sostenere	Controllo parametri vitali															
	Compensare	Fornire ausili e tecniche di utilizzo															
	Sostenere	Rilevazione parametri vitali															
	Sostituire	Mantenere il decubito															
2. Funzione Respiratoria	Educare	Posizionare accesso venoso periferico.															
	Sostenere	Mantenimento parametri vitali															
	Compensare	Esercizi per la respirazione e tosse															
	Sostenere	Gestione presidi respiratori															
	Sostituire	Fornire presidi per esercizi															
3. Alimentazione e Idratazione	Educare	Mantenimento posture															
	Sostenere	Aerosol terapia															
	Compensare	Attraverso l'utilizzo di presidi respiratori															
	Sostenere	Controllo postura, Parametri Vitali, O <sub>2</sub> terapia															
	Sostituire	Pulizia tracheostomia - aspirazione vie aeree															
4. Eliminazione Urinaria e Intestinale	Educare	Ventilazione invasiva															
	Sostenere	Abitudini dietetiche - Alimentazione/Idratazione															
	Compensare	Fornire presidi e dispositivi															
	Sostenere	Preparazione del pasto															
	Sostituire	Controllo IGT															
5. Igiene	Educare	Autare all'assunzione dei cibi e bevande															
	Sostenere	S.N.G. - P.E.G. - Parenterale															
	Compensare	Abitudini e stili di vita e monitoraggio															
	Sostenere	Corretto utilizzo dei presidi															
	Sostituire	Fornire ausili - presidi															

FIRMA

BISOGNI	OGGETTIVI	INTERVENTI	ATTUAZIONE		NOTE															
			DATA	M	P	N														
6. Movimento	Educare	Istruire ad assumere e mantenere posture corrette All'utilizzo di ausili per eseguire la mobilizzazione																		Struttura (timbro) Cognome _____ Nome _____
	Sostenere	Favorire l'esecuzione di esercizi muscolari attivi Fornire ausili e presidi per la movimentazione																		
	Compensare	Fornire un aiuto parziale nella deambulazione e movimentazione Aiuto parziale nell'utilizzo dei presidi																		
	Sostituire	Assicurare la variazione del debito Eseguire esercizi di mobilizzazione passiva																		
	Educare	Al rispetto del ritmo circadiano																		
Sostenere	Fornire ausili e presidi che consentono un riposo adeguato																			
Compensare	Mantenere le condizioni ambientali per un riposo adeguato																			
Sostituire	Somministrazione terapia farmacologica prescritta Posizionare il paziente in una posizione adeguata																			
7. Riposo e sonno	Educare	Utilizzare ausili e tecniche per la comunicazione																		
	Sostenere	Favorire la comunicazione per comprenderne lo stato emotivo																		
Compensare	Avvalersi di interprete e/o collaboratori																			
8. Valutazione della coscienza comunicazione	Sostituire	Mezzi e metodi sostitutivi della comunicazione																		
	Educare	Prevenire i rischi ambientali Istruire al corretto utilizzo del sistema di chiamata																		
Sostenere	Fornire i presidi e mantenere l'ambiente sicuro																			
Compensare	Aiutare mediante l'utilizzo dei presidi																			
Sostituire	Attuare la sorveglianza																			
9. Ambiente sicuro	Sostituire	Attuare la sorveglianza																		
FIRMA																				

**Legenda per la compilazione**

B.A.I. aperto	V
B.A.I. chiuso	O
B.A.I. attivo	X

BAL APERTO V = NECESSITA' DI INTERVENTO ASSISTENZIALE

BAL CHIUSO O = CHIUSURA BAL DOPO ATTUAZIONE INTERVENTI

BAL ATTIVO X = ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

## CRONOLOGIA TRASFERIMENTI\*

N°	DATA USCITA	Presso STRUTTURA DI DEGENZA (indicare sotto)	FIRMA INFERMIERE (degenza che effettua il trasferimento)	FIRMA COORDINATORE** (per presa visione)	DATA INGRESSO	N° ARCHIVIO INTERNO*** (struttura di destinazione)

\*Compilare la scheda di trasferimento per la struttura di destinazione o la dimissione per il domicilio

\*\* Coordinatore (o suo delegato) della degenza che trasferisce la persona assistita

\*\*\* Indicare se necessario

## VALUTAZIONE INFERMIERISTICA FINALE IN DIMISSIONE

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

DATA DIMISSIONE:    /    /         ORA: _____
<b>PRESSO:</b> <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> ALTRO OSPEDALE _____ <input type="checkbox"/> RSA _____ <input type="checkbox"/> ALTRO ISTITUTO DI CURA _____
Il /la paziente è in buone condizioni generali    SI <input type="checkbox"/> NO - Necessita di assistenza specifica per :
<input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio <input type="checkbox"/> Apparato respiratorio <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Eliminazione urinarie e intestinale <input type="checkbox"/> Igiene <input type="checkbox"/> Deambulazione <input type="checkbox"/> Coscienza /comunicazione <input type="checkbox"/> Cute e mucose <input type="checkbox"/> Ha prescrizioni specifiche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI (indicare sotto, es. integratori alimentari, fisioterapia, consulenze, etc.)
Note _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> EXITUS (in caso di decesso, sono stati informati i parenti/congiunti?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI _____
Firma Infermiere dimettente _____
Il Coordinatore (per presa visione) _____

## Composizione della Cartella Infermieristica

Parte A	MODELLO COMUNE . (10 sezioni impaginate + allegati obbligatori)	
Tipologia		
Sezione 1	Raccolta dati /Accertamento infermieristico	Pag. 1
Sezione 2-3	Valutazione Bisogni di Assistenza Infermieristica (B.A.I.)	Pgg. 2-3
Sezione 4	Scale valutazione dei rischi , dolore, patrimonio venoso, chiusura dell'accertamento	Pag. 4
Sezione 5	Consenso informato infermieristico-ostetrico	Pag. 5
Sezione 6	Gestione degli effetti personali (GEP)	Pag. 6
Sezione 7-8	- RegISTRAZIONI per esami diagnostici (laboratori , radiologia , esami strumentali), - Consulenze richieste: mediche e delle professioni sanitarie (infermieristiche, ostetriche, tecniche e della riabilitazione )	Pgg. 7-8
Sezione 9	Dispositivi invasivi	Pag. 9
Sezione 10	Scheda medicazioni dispositivi invasivi e ferite chirurgiche	Pag. 10
ALLEGATI Fogli es.	Fogli con l'indicazione della progressione numerica, in base alle necessità d'uso (es. foglio n.1, n.2, etc...)	
P.A.I.	Pianificazione Assistenza Infermieristica : definizione degli obiettivi, interventi e attuazione delle prestazioni infermieristiche	
D.I.	Diario Infermieristico : registrazione di atti / osservazioni infermieristiche in ordine cronologico .	

Parte B	SCHEDA SPECIFICHE DI AREA ASSISTENZIALE (alcuni esempi)	SCHEDA SI = √	NO = //
1	SCHEDA MONITORAGGIO DOLORE e Parametri Vitali		
2	SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO		
3	SCALA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE (CONLEY)		
4	SCALA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE BAMBINO (HDFS)		
5	SCHEDA VALUTAZIONE DIPENDENZA/AUTONOMIA (BARTHEL)		
6	SCHEDA VALUTAZIONE LESIONI DA PRESSIONE (BRADEN)		
7	SCHEDA MONITORAGGIO/MED. LESIONI DA DECUBITO		
8	SCHEDA MONITORAGGIO COSCIENZA (GLASGOW)		
9	SCHEDA MEDICAZIONI FERITE CHIRURGICHE E DRENAGGI		
10	SCHEDA PROFILO GLICEMICO		
11	SCHEDA TRASFERIMENTO IN ALTRA STRUTTURA O DIMISSIONE (copia)		
12			
13			
14			

**Parte C** COPERTINA ( nella parte interna è inclusa la valutazione finale all'atto della dimissione o del trasferimento)

AOB - MOD.DS. 001 - CARTELLA INFERMIERISTICA - REV. 1 - Luglio 2018 - Pagine n. 10 + allegati n. \_\_\_\_\_

St. Ospedaliero / Struttura dimettente (timbro)

 <b>AO Brotzu</b>  <b>CAGLIARI</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA</b>  Area delle Professioni Sanitarie "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata"	<b>Gruppo di lavoro</b>  <b>Dr.ssa Bruna Dettori*</b> <b>Dr.ssa Marina Mastio**</b> <b>Dr. Fabiano Sulanas***</b>	
Strategie per il governo clinico/assistenziale: la documentazione infermieristica nell' AOB		<b>Rev. 1</b> <b>Settembre 2018</b>	<b>N. pagine 14</b> (inclusi n. 4 allegati)

**Linee Guida per la corretta compilazione e archiviazione della  
 Documentazione Infermieristica  
 (Cartella Infermieristica e Schede Tecniche)**

* Dirigente delle Professioni Sanitarie infermieristiche e ostetriche – Direzione Sanitaria AOB
** Coordinatrice – Incaricata della P.O. "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata"- Direzione Sanitaria AOB
*** Infermiere Coord. specializzato in <i>Infermieristica forense</i> – Neuroriabilitazione St. San Michele AOB

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
 Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
 P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
 P.IVA: 02315520920

Area delle Professioni Sanitarie  
 "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi  
 assistenziali e documentazione correlata"  
 Tel. 070 539 982 N.B. 15543  
 e-mail: [infodoc.profsanitarie@aob.it](mailto:infodoc.profsanitarie@aob.it)

**Ospedale San Michele**  
 P.le Ricchi, 1  
 09134 – Cagliari  
[www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it)



## 1. Introduzione

Le presenti Linee guida sono state aggiornate dal gruppo di lavoro del progetto aziendale denominato "Costruzione di un modello unico di Cartella Infermieristica", al fine di fornire elementi e indicazioni univoche sulle modalità di strutturazione, compilazione e gestione della documentazione infermieristica.

La Cartella Infermieristica (CI), unitamente alle schede tecniche, è la parte fondamentale della documentazione infermieristica e costituisce elemento essenziale e integrante della documentazione clinica della persona assistita. Essa rappresenta uno strumento di lavoro, in formato cartaceo o informatico, atto a documentare le fasi del processo di *nursing*, la cui funzione principale è quella di raccogliere ogni informazione utile relativa alle persone ricoverate/assistite, al fine di valutare e decidere le modalità assistenziali più appropriate per risolvere il problema di salute.

In quanto strumento informativo, la CI raccoglie e organizza, in modo sequenziale e sistematico, i dati relativi all'assistenza infermieristica e si caratterizza per i sottoelencati contenuti e elementi costitutivi fondamentali:

- \* la descrizione dell'accoglienza della persona assistita (raccolta dati, valutazione bisogni di assistenza);
- \* l'individuazione degli obiettivi/bisogni e la pianificazione assistenziale (piano di assistenza);
- \* la registrazione di osservazioni/situazioni e di atti/interventi infermieristici (diario e schede tecniche);
- \* la valutazione delle prestazioni e la dimissione (indicatore di risultato).

Non esistono, allo stato attuale, norme giuridiche o prescrizioni di altra natura che definiscano in modo vincolante una specifica struttura di CI. Al fine di individuarne i requisiti caratterizzanti e strutturali è opportuno, pertanto, fare riferimento a quanto indicato dalla Giurisprudenza amministrativa, secondo cui

*"Al diario infermieristico, secondo la giurisprudenza (soprattutto penale) si deve invece riconoscere la qualifica di atto pubblico in senso lato, sia pure atto interno, posto in essere da un pubblico impiegato incaricato di pubblico servizio per documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e al pubblico servizio per uno scopo inerente le sue funzioni. Natura quantomeno analoga deve presumibilmente riconoscersi alla cosiddetta cartella infermieristica. Essa è un documento fondamentale secondo le moderne concezioni dell'assistenza socio-sanitaria. La cartella infermieristica è uno strumento specificamente riconosciuto dal D.P.R. 384/1990 che recepisce l'accordo per il contratto collettivo dei dipendenti del SSN (artt. 69 e 135). L'adozione della cartella viene indicata, da tale fonte normativa, quale elemento di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata. Peraltro, in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme dell'esercizio professionale operate dalle leggi 42/99 e 251/2000" (...). Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sotto elencate parti: la raccolta di dati anamnestici- la pianificazione degli interventi- il diario infermieristico - le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici - la valutazione dell'assistenza prestata all'utente".*

**(TAR Trentino Alto Adige, Sent. 14 marzo 2005, n. 75).**

Dal punto di vista giuridico, il pieno riconoscimento della figura dell'Infermiere come *professione sanitaria* porta a riconoscere che le azioni infermieristiche possono assumere, nell'ambito di determinate procedure o prestazioni, le caratteristiche di attività esercitata da un pubblico ufficiale. La qualifica di pubblico ufficiale, a norma dell'art. 357 c.p., sussiste nelle ipotesi di formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi. In tal senso, come sostenuto dalla FNOPI - Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche (ex Federazione IPASVI), *"una moderna lettura degli artt. 357 e 358 del codice penale lascia intendere che tutti i professionisti sanitari devono considerarsi sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio; in ragione dell'una o altra funzione specifica realizzata in un dato momento e contesto. Il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio e pertanto, quando compila un certificato, esercita una funzione di pubblico ufficiale. L'infermiere che svolge l'assistenza in una struttura è un incaricato di pubblico servizio; quando compila, ad esempio, una scheda di triage riveste la qualifica di pubblico ufficiale. Con queste premesse è plausibile affermare che sia la documentazione medica (cartella medica), sia la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) – entrambe intese come atto pubblico – integrano il documento definito "cartella clinica". La cartella clinica dunque, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma diviene un documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinico/assistenziale di una persona, dal ricovero alla dimissione".*

(FNOPI - Quaderno n°1/2009)

Per quanto sopra descritto, in ordine alla qualificazione giuridica della professione infermieristica e della documentazione correlata, si afferma che *"Il riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, introdotto dalla legge 42/99, ha completamente modificato la qualificazione giuridica della documentazione infermieristica, conferendogli pari dignità rispetto a quella medica; insieme a quest'ultima costituisce oggi la raccolta organica di tutti i dati e le informazioni riguardanti l'assistito.*

*Il punto nodale si focalizza non tanto sulla categoria professionale che effettua la rilevazione, ma sul contenuto della stessa e sul valore giuridico probatorio ad essa riconosciuto; pertanto si deve parlare di documentazione sanitaria di cui fa parte a pieno titolo anche la documentazione o la cartella infermieristica. La documentazione può includere registrazioni cartacee o computerizzate, può essere standardizzata, composta da fogli singoli di registrazione o da schede con un'enorme validità degli strumenti utilizzati."[...] Compilare la CI significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria, con valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità."*  
(FNOPI - Quaderno 1/2009 - Documentazione Infermieristica).

## 2 . Fonti normative

- **DPR 225/74 (abrogato dalla legge 42/99):** "Registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio (art. 1, punto b)" - "Tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente
- **DPR 384/90:** "Deve attuarsi un modello di assistenza che consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica un progressivo miglioramento dell'assistenza al cittadino (art. 57, lettera d)"
  - **DM 739/94:** "L'infermiere:
    - a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività.
    - b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
    - c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
    - d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico/terapeutiche."
- **DM 24/07/1996 - Tabella b:** Standard formativo pratico e di tirocinio: "lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: essere in grado di pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità; analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabili; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative".
- **DPR 37/97:** "Devono essere predisposte con gli operatori delle linee-guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità".
- **Codice Deontologico 1999:** "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi" (art. 4.7)".
- **Legge 42/99** (Abrogazione del "Mansionario dell'infermiere")

"2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con DPR 225/74 [...].

Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie [...] è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi ordini professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici" (art. 1, comma 2).
- **Legge 251/2000:** "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche [...] svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettività, [...] utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". (art. 1).
- **TAR del Trentino-Alto Adige, Sentenza n. 75 del 14 marzo 2005.**
- **Codice Deontologico 2009**
  - "L'infermiere riconosce il valore della informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita" (art.23, capo IV).
  - "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, la gestione e nelle passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza" (art. 26 capo IV).
  - "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di un efficace gestione degli strumenti informativi" (art. 27 IV).
- **Legge 22 Dicembre 2017, n. 219, artt. 1,3,5**

## 3. Contenuti della Cartella Infermieristica e regole per la corretta compilazione

### 3.1 Definizione

La cartella infermieristica è lo strumento operativo progettato e gestito dall'Infermiere, che permette di documentare le attività assistenziali effettuate nei confronti della persona assistita.

Dal punto di vista giuridico e professionale, la cartella infermieristica consente di dimostrare:

- la corretta applicazione del processo di assistenza, inteso come presa in carico del paziente e sua valutazione psicofisica e sociale;
- l'individuazione dei problemi assistenziali e la definizione dei relativi obiettivi;
- la definizione del piano di assistenza
- la documentazione delle attività svolte e la valutazione dei risultati scaturiti dall'assistenza erogata.

La cartella, se utilizzata nel modo corretto, agevola molto l'attività quotidiana perché permette di effettuare una valutazione sistematica della persona assistita, secondo dei parametri oggettivi e quindi potenzialmente consente di erogare un'assistenza ai più alti livelli qualitativi.

L'utilizzo della cartella infermieristica richiede:

- una competenza che va oltre l'abilità tecnica;
- la conoscenza delle maggiori teorie del nursing;
- la conoscenza della corretta applicazione della metodologia clinica infermieristica.

Come tutti i percorsi di implementazione, ha bisogno di momenti di verifica e di confronto fra i componenti dei gruppi di lavoro delle varie aree assistenziali. Dalla ricerca metodologica di miglioramento delle prestazioni assistenziali nasce l'esigenza di procedere alla strutturazione di una guida sulla documentazione infermieristica nell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari e contestualmente dell'elaborazione di una proposta di modello unico di Cartella Infermieristica.

### 3.2 Requisiti sostanziali della CI (\*)

I requisiti sostanziali sono:

#### \* **La veridicità**

È il più significativo e indica l'effettiva corrispondenza fra il dato registrato e il fatto, tra quanto osservato, percepito, pianificato eseguito e quanto scritto.

#### \* **La completezza e la precisione**

I dati riportati devono essere il più possibile capaci di descrivere quello che è accaduto, dandone una visione completa, per cui non si devono trascurare o omettere elementi che possano essere essenziali. Quanto effettuato, obiettivamente raccolto, valutato e pianificato deve essere riportato per iscritto nel modo più aderente e conforme possibile a quanto accaduto. I dati obiettivi possono essere corredati dalle opportune valutazioni. Ogni singola annotazione deve essere firmata in modo da rendere possibile l'attribuzione di ogni attività ai singoli professionisti.

#### \* **La chiarezza e la comprensibilità**

La registrazione (grafia e comprensione del testo) deve essere chiaramente leggibile da parte di chiunque senza possibili interpretazioni.

#### \* **La tempestività**

La registrazione di ogni annotazione deve essere effettuata contestualmente al verificarsi dell'evento. Anche in casi eccezionali (urgenze e/o emergenze) i fatti devono essere registrati il prima possibile: *"La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi"* (Cassazione 22694/2005).

I requisiti sostanziali si declinano nel contenuto della cartella, quali elementi che certificano come vera la registrazione di quanto avvenuto, valutato, realizzato. Nella Tabella 2 (allegato 2, pag.9) sono descritti gli elementi di correttezza che esprimono la presenza dei requisiti sostanziali e gli strumenti utilizzabili.

(\*) FNOPI - Quaderno n°1/2009 - Documentazione Infermieristica

### 3.3 Requisiti formali della CI (\*)

Gli elementi che denotano una corretta registrazione formale sono:

**\* I fatti indicati che devono rispondere al vero**

- Non inserire opinioni personali;
- Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente (es. Il paziente riferisce "ho dolore");
- Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette;
- In caso di segnalazione di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito (es. "il paziente è caduto alle ore 18.00, è stato chiamato il medico di guardia, è stato posizionato ghiaccio in sede..."), senza inserire giustificazioni;
- Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona;
- Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente;
- Non sostituirsi ad altri nel rispetto degli ambiti di competenza;
- Se si è in disaccordo con una indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l'eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni.

**\* La contestualità**

- Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni;
- Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti;
- Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo.

**\* La cartella deve essere completa e corretta in termini di ordine logico e cronologico**

- Scrivere nome e cognome di chi procede alle annotazioni;
- Indicare il luogo in cui si svolgono determinati accertamenti;
- Riportare non solo i sintomi evidenti, anche ciò che il paziente non presenta;
- Precisare la fonte delle informazioni raccolte;
- Allegare protocolli e procedure utilizzati;
- Se si riportano decisioni mediche, indicare il nome del medico.

**\* Accorgimenti e cautele in caso di correzione di errori materiali**

Le cancellature non sono ammesse ma:

- si può correggere l'errore tracciando una linea sopra in modo che sia leggibile;
- Non usare correttori o cancellature che impediscono di leggere il contenuto sottostante;
- Scrivere la correzione di seguito;
- Non scrivere fuori riga;
- Le correzioni effettuate in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché sono effettuate, con data, ora e firma di chi annota;
- Non aggiungere annotazioni dimenticate utilizzando spazi bianchi ristretti;
- Non lasciare spazi vuoti.

**\* La cartella deve essere chiara e leggibile (grafia, testo e terminologia)**

- Scrittura e firma devono essere sempre leggibili (sigle depositate);
- Scrivere sempre a penna con inchiostro indelebile e in modo leggibile;
- Usare solo simboli e abbreviazioni codificati e allegare la legenda;
- Utilizzare solo termini tecnici corretti scientifici e in lingua italiana;
- Non utilizzare espressioni generalizzate;
- Non usare parole ambigue (es. molto, poco, grande, probabile);
- Trasformare le affermazioni in negativo (no dolore) in positivo (assenza di dolore);
- Evitare annotazioni ridondanti, scrivere in modo sintetico e completo.

(\*) FNOPI - Quaderno n°1/2009 - Documentazione Infermieristica

## 4. Tenuta, custodia e archiviazione della documentazione infermieristica

### 4.1 PREMESSA

La documentazione sanitaria è definita "bene culturale" e l'organizzazione sanitaria ha il dovere di tutelarla, così come stabilito dal decreto legislativo 22 gennaio 2004, n.42, "Codice dei beni culturali e del paesaggio ai sensi dell'art.10 della 6 luglio 2002, n.137".

La Cartella Infermieristica (CI), in quanto documentazione sanitaria, costituisce parte integrante della cartella clinica e possiede gli stessi requisiti e la medesima natura giuridica anche per quel che riguarda il segreto professionale e la tutela della riservatezza dei dati personali.

È pertanto opportuno, al momento della dimissione del paziente, unificare le due cartelle per l'archiviazione, ancorché durante il tempo del ricovero, i luoghi, le modalità di conservazione e di accesso alla consultazione delle stesse possano essere differenti.

### 4.2 RESPONSABILITA' DEL COORDINATORE

Il coordinatore infermieristico deve:

- Vigilare sulla corrispondenza dei dati registrati nella CI durante tutto il processo assistenziale e verificare sistematicamente la corretta compilazione della CI, dalla fase di accettazione del paziente e fino al momento della sua dimissione.
- All'atto della chiusura della CI, sulla base dell'esito delle condizioni cliniche del paziente, provvedere alla validazione formale del contenuto, firmando in un apposito spazio previsto nella copertina.
- Conservare correttamente e archiviare la documentazione infermieristica. Dette responsabilità sono a carico del Coordinatore sino alla dimissione del paziente e alla permanenza della documentazione in reparto. Dal momento in cui la cartella è trasmessa all'archivio centrale, la responsabilità generale sull'archiviazione, conservazione, vigilanza, integrità, completezza e rilascio di essa è del Direttore Sanitario. Al riguardo, il Direttore Sanitario o il Direttore Medico di presidio ospedaliero, riconoscendo l'importanza della CI, al fine di documentare le attività svolte dall'infermiere deve disporre formalmente l'archiviazione della stessa unitamente alla cartella clinica della persona ricoverata.

### 4.3 MODALITA' DI ELABORAZIONE E CONSERVAZIONE

La documentazione infermieristica elaborata da sistemi informatici elettronici, deve essere necessariamente riprodotta su supporto cartaceo, al fine di avere valore giuridico. In ogni caso assume validità legale se sottoscritta con firma digitale (come previsto dall'art. 2702 del Codice Civile).

La custodia della CI deve avere durata illimitata, in quanto atto ufficiale indispensabile per le ricerche di carattere sanitario (Circolare del Ministero della Sanità 19 dicembre 1986, n. 61 recante il periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura).

### 4.4 RISERVATEZZA DEI DATI

Durante l'assistenza alla persona ogni informazione riguardante l'andamento delle cure e tutte le altre notizie che rientrano fra i dati cosiddetti "sensibili", non deve essere divulgata se non previa autorizzazione dell'assistito. A tal proposito si riporta il comma 4.8 del codice deontologico dell'infermiere a cui uniformare pensieri ed azioni: *"L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone"*.

### 4.5 CONCLUSIONI

Si auspica che le presenti Linee guida rappresentino uno stimolo agli infermieri per studi più approfonditi atti a migliorare le prestazioni assistenziali alle persone, che si rivolgono alle nostre strutture sanitarie per le necessità di salute. In allegato si riportano alcuni passaggi estratti dal citato Quaderno FNOPI, riguardanti le linee-guida per la documentazione del processo assistenziale e l'utilizzo di specifici strumenti codificati (Tab. 1-2).

Una importante raccomandazione riguarda il "Consenso alle prestazioni infermieristiche", per il quale si rimanda all'apposito allegato 3.

Infine viene esplicitato il rationale del *"Modello delle prestazioni infermieristiche"* di Marisa Cantarelli, a cui si sono ispirati il gruppo di lavoro per la costruzione della CI, nonché per la sua revisione (Allegato 4).

**DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA -  
PROCESSO DI ASSISTENZA E STRUMENTI**

Fasi del processo di assistenza	Principali strumenti e attività	Elementi/contenuto (da registrare)
Raccolta dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheda di accertamento</li> <li>• Scale di valutazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di natura disciplinare</li> <li>• Modello concettuale di riferimento</li> <li>Dati generali relativi all'identificazione della persona, alla modalità di presa in carico e alla patologia</li> </ul>
Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schede piano standard</li> <li>• Piano individualizzato</li> </ul>	Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica/problemi collaborativi
Definizione degli obiettivi e pianificazione	Schede per problemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo)</li> </ul> Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)
Attuazione/registrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario infermieristico (in forma libera/strutturata)</li> <li>• Schede tecniche/accessori e per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi o osservazioni</li> <li>• Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche</li> <li>• Protocolli e procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali, valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni</li> <li>• Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici</li> </ul> Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile
Valutazione	Scheda di dimissione/trasferimento	Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti; La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diario infermieristico)

**ELEMENTI DI CORRETTEZZA E STRUMENTI**

<b>Modalità/contenuti</b>	<b>Strumenti</b>
Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni e considerazioni	Cartella, schede documentali, diarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico</li> <li>• rilevazione di dati obiettivi in relazione alle condizioni di salute attuali;</li> <li>• informazioni relative alle condizioni psico-sociali della persona; rilevazione dei dati sul livello di autonomia</li> </ul>	Schede di accertamento e scale di valutazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di problemi/alterazioni rilevati, di situazioni di rischio</li> <li>• Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica, degli obiettivi per la persona assistita e pianificazione dell'assistenza;</li> <li>• Valutazione dei possibili rischi futuri</li> </ul>	Piano di assistenza standard/individualizzato Scheda per problemi/per singoli bisogni (es. scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrazione interventi tecnici, informativi e educativi</li> <li>• Sostituzione nel soddisfacimento dei bisogni della persona</li> <li>• Monitoraggio clinico</li> <li>• effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeuti- che</li> <li>• informazione/educazione sanitaria/educazione terapeutica</li> <li>• mantenimento delle abilità residue</li> <li>• potenziamento delle capacità di adattamento alla condizione clinica, alla prognosi e agli esiti</li> <li>• coinvolgimento delle persone di riferimento</li> <li>• Monitoraggio delle condizioni cliniche/adattamento della persona all'ambiente ospedaliero, territoriale, sociale</li> <li>• Valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi</li> <li>• Rilevazione dei rischi e delle misure per garantire la sicurezza della persona</li> <li>• Gestione problematiche particolari (presidi, medicazioni, dolore, etc.)</li> </ul> Prescrizioni infermieristiche di attribuzione di attività agli OSS	Scheda per singoli bisogni/problemi (scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda rilevazione parametri Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio o per la gestione di problematiche particolari Diario clinico Protocolli e procedure adottate in allegato Prevedere appositi spazi (o schede dedicate) per le registrazioni da parte degli operatori di supporto circa lo svolgimento delle prescrizioni infermieristiche Spazi per ulteriori note
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segnalazione di eventuali trasferimenti per esigenze diagnostiche e/o terapeutiche e le modalità di svolgimento registrazione esiti finali assistenza</li> </ul>	Scheda di dimissione/trasferimento infermieristica integrata alla scheda medica Scheda rilevazione parametri/diario clinico Schede utilizzate per rilevazione problemi

### L'Infermiere e il consenso informato

Il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente (previamente informato in maniera esauriente dal sanitario su natura e possibili sviluppi del percorso terapeutico) dà per l'effettuazione di interventi di natura invasiva sul proprio corpo.

Il consenso informato è un momento importante nel rapporto che il sanitario intrattiene con il paziente. Esso è funzionale, da un lato, a fondare la fiducia del paziente con il sanitario e, dall'altro, a rendere partecipe, responsabilizzandolo, il paziente sulle ragioni e la fondatezza del percorso terapeutico individuato, secondo scienza e coscienza, dal medico stesso. Il consenso a qualunque atto sanitario è regolato in via generale dall'art. 13 e 32 della Costituzione. Il primo prevede che "la libertà personale è inviolabile", mentre il secondo prevede che: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". In sostanza nessun trattamento sanitario può essere imposto ad un cittadino che non vi acconsenta, ad eccezione degli specifici casi previsti espressamente dalla legge (es. i trattamenti sanitari obbligatori). Il consenso, così come il dissenso, che si esplica tramite il rifiuto di sottoscrivere la modulistica che accompagna l'informazione, deve essere chiaramente cosciente e cioè, nei limiti delle conoscenze sanitarie del paziente, acquisito. Non si richiede che il paziente acquisisca le conoscenze tecnico chirurgiche dell'operazione, ma si richiede che venga informato con specificità della sua situazione personale circa i benefici che si potrebbe aspettare dal trattamento sanitario, le diverse tecniche terapeutiche (farmacologiche o operatorie) e quindi le modalità di intervento che possano incidere sulle condizioni fisiche e psichiche o sul bene vita considerato come vita di relazione e incidenza sul modo di vivere (es. deturpazioni estetiche a fronte di un guadagno funzionale che devono essere valutati dal paziente nei costi/benefici).

Inoltre tale informazione deve essere corretta, cioè corrispondente alla verità evitando di sminuire od esagerare i diversi aspetti legati al trattamento. Dal punto di vista giuridico, l'informazione per quanto concerne l'atto sanitario e la raccolta del relativo consenso spetta al medico che deve effettuare lo specifico trattamento, mentre all'infermiere spetta quella concernente il suo specifico ambito professionale. Il modulo informativo viene sottoscritto dal paziente o dal suo legale rappresentante e dal medico che raccoglie il consenso reso. Il Decreto Ministeriale 739/94, che delinea il Profilo professionale dell'infermiere, prevede l'erogazione di prestazioni di natura tecnica, relazionale ed educativa; dunque l'informazione al paziente per quanto concerne il suo specifico professionale è una prestazione infermieristica. La natura educativa e relazionale dell'assistenza affermata appunto dal profilo, indica chiaramente che l'infermiere ha una competenza informativa autonoma, ma svolge anche la funzione di anello di congiunzione tra paziente e medico. Il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, all'articolo 20 afferma che: "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte" e all'articolo 24 afferma che: "l'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere". L'infermiere, oltre a trasmettere dati e informazioni, spesso si trova a dover fornire chiarimenti sui vari aspetti del vissuto di malattia su cui il paziente pone domande.

L'operatore, consapevole della delicatezza di questa informazione e del suo impatto emotivo sul malato, deve adoperarsi in modo da renderla onesta, veritiera e completa. Il modulo di consenso, pertanto, è una registrazione del trattamento rispetto al quale il paziente si è detto d'accordo, ed è responsabilità dell'infermiere tanto quanto del medico assicurarsi che il consenso sia effettivamente informato. L'infermiere può anche decidere di non cooperare ad un procedimento, se è convinto che la decisione con cui si acconsente ad esso non è veramente informata. L'infermiere, potrà anche essere chiamato a presenziare quale testimone alla procedura informativa ed alla raccolta da parte del medico del consenso informato. Anche in questa ipotesi la responsabilità della procedura rimane al medico, il quale risponderà di eventuali omissioni a riguardo. È importante, però, che l'infermiere non avvalori con la sua presenza procedure informative scorrette. La comunicazione in merito a trattamenti diagnostici e terapeutici non è di interesse infermieristico, mentre lo è la comunicazione in merito a particolari situazioni di disagio del malato inerenti la sua situazione di malattia. L'infermiere non può sostituire il medico quando l'informazione non è stata data, ma, per la sua professionalità, ha sicuramente un ruolo nel favorire il passaggio delle informazioni e nel dare supporto emotivo al paziente. L'operatore instaura con la persona una relazione d'aiuto in cui rassicura l'utente e lo aiuta a renderlo partecipe alla decisione, verificando che quanto detto dal medico sia stato effettivamente compreso. Spesso, infatti, è proprio all'infermiere che il paziente confida le sue perplessità, quindi può farsi da tramite per ulteriori e più approfonditi colloqui fra medico e paziente.

#### **Validità del consenso**

In sintesi il consenso del paziente, per risultare giuridicamente valido, deve essere:

- esplicito, cioè manifestato in maniera non equivocabile al sanitario;
- personale, cioè deve essere prestato esclusivamente dal soggetto interessato al trattamento sanitario, salvo il caso di situazioni di emergenza, minori d'età, infermi di mente;
- libero nel senso che non deve essere condizionato da altri soggetti (parenti, medici etc.);
- consapevole nel senso che deve essere prestato solo dopo che il paziente ha ricevuto tutte le informazioni necessarie;
- attuale, deve essere prestato prima dell'inizio del trattamento e può essere revocato dal paziente;
- specifico, deve riguardare il determinato trattamento sanitario prospettato dal medico.

**CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE E/O OSTETRICHE**

Consenso ai sensi dei Decreti Ministeriali 739-740/94

Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, artt. 20-24

Codice Deontologico dell'Ostetrica del 2017, art. 3

Legge 22 dicembre 2017, n. 219, artt. 1-3-5

La presente informativa ha lo scopo di ottenere il consenso alle azioni e procedure infermieristiche/ostetriche, previste nel piano assistenziale, che dovessero rendersi necessarie per il miglioramento delle condizioni cliniche della paziente:

- Posizionamento/rimozione di presidi medico-chirurgici o dispositivi invasivi;
- Somministrazione/esecuzione di terapie di competenza infermieristica o ostetrica;
- Prelievo di materiale biologico per le necessità diagnostiche INDICATE / PRESCRITTE ;
- Procedure chirurgiche di competenza ostetrica (da indicare solo in ambito specifico)

Dati identificativi della/del paziente \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Oppure in qualità di amministratore di sostegno \*:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  Genitore  Altro familiare

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiara

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto infermieristico e/o ostetrico proposto, attraverso:

- informativa fornita;  colloquio con Infermiera / Ostetrica;
- autorizzazione del giudice tutelare
- consenso già firmato nella degenza di \_\_\_\_\_

di essere a conoscenza della possibilità di **revocare\*\*** il presente consenso in qualsiasi momento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri.

Data \_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_

(o del familiare/amministratore di sostegno/genitore\*\*\*)

Firma  Infermiera  Ostetrica \_\_\_\_\_

NOTE

\* Da compilarsi in caso di incapacità di agire (es. minore età, interdizione), a cura dell'amministratore di sostegno.

\*\* In caso di revoca, la stessa va trascritta nel Diario assistenziale (indicando data, ora e firma dell'assistito)

\*\*\* In caso di necessità, richiedere la firma di entrambi i genitori.

<b>Il Modello concettuale di Marisa Cantarelli</b>
--

Marisa Cantarelli, illustre studiosa italiana del *Nursing* propone un modello manageriale, che chiama *Modello delle prestazioni infermieristiche* il quale implica che l'infermiere non debba essere un mero esecutore passivo, ma un professionista sanitario **attivo** che agisce in modo *completo, autonomo e responsabile*. Per la corretta e completa applicazione del processo assistenziale, l'autrice, dopo aver chiarito i concetti di bisogno, uomo, salute e ambiente, individua i bisogni di assistenza infermieristica:

1. bisogno di respirare
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi
3. bisogno di eliminazione urinaria e intestinale
4. bisogno di igiene
5. bisogno di movimento
6. bisogno di riposo e sonno
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie
8. bisogno di un ambiente sicuro
9. bisogno di interazione nella comunicazione
10. bisogno di procedure terapeutiche
11. bisogno di procedure diagnostiche

Ad ogni bisogno corrisponde e deve essere correlata una particolare prestazione infermieristica:

1. assicurare la respirazione
2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione
3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
4. assicurare l'igiene
5. assicurare il movimento
6. assicurare il riposo e il sonno
7. assicurare la funzione cardiocircolatoria
8. assicurare un ambiente sicuro
9. assicurare l'interazione nella comunicazione
10. applicare le procedure terapeutiche
11. eseguire le procedure diagnostiche

Nell'erogare la prestazione l'infermiere attiva delle azioni, che nell'ambito dell'infermieristica, nel pieno rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza professionale, garantiscono la continuità assistenziale della persona.

La prestazione applicata prevede che l'infermiere sia consapevole e responsabile dell'azione orientata a:

- indirizzare
- guidare / educare
- sostenere
- compensare
- sostituire

rispetto ai bisogni di assistenza che emergono dall'anamnesi infermieristica.

Per quanto concerne le procedure diagnostiche e terapeutiche l'azione va esplicitata nei limiti delle proprie competenze, tenendo conto delle prescrizioni mediche. Il modello della Cantarelli è già stato sperimentato con successo in alcune realtà nazionali. E' un modello manageriale nuovo, che richiede che gli infermieri sviluppino maggiore *empowerment*, autonomia e motivazione.

Esso rappresenta una forte gratificazione in quanto l'infermiere realizza il passaggio da un'assistenza tecnica standardizzata ad un'assistenza per prestazioni, più personalizzata e professionale. Il modello della Cantarelli ha inoltre il merito di essere logico, conseguente, razionale, applicabile nella realtà concreta con relativa facilità. Permette, soprattutto, di documentare e misurare l'attività infermieristica con grande precisione e raffinatezza.

## La composizione della Cartella Infermieristica (CI) secondo il modello Cantarelli

Ispirandosi al *Modello delle prestazioni infermieristiche* della Cantarelli e in osservanza alle linee guida della Federazione Nazionale -FNOPI, riguardanti la struttura della CI, qui di seguito si descrive un modello documentale studiato dai gruppi di lavoro infermieristici nel 2016, nell'ambito del progetto "Costruire un modello unico di Cartella Infermieristica" e revisionato con il progetto ECM di Audit, nel 2018.

La CI è strutturata in tre parti: **il modello comune (A), la parte specifica (B), la copertina (C).**

### A) Il modello comune rappresenta:

- **la fase assistenziale iniziale**, cioè il momento in cui l'Infermiere accoglie il paziente e lo valuta per una corretta presa in carico. I principali strumenti di questa fase sono l'accertamento infermieristico e le scale di valutazione (vedi la sezione 1 = **Raccolta Dati**, sezione 2-3 = **Valutazione dei Bisogni di Assistenza Infermieristica**), la valutazione del patrimonio venoso.

In questa fase l'Infermiere effettua l'individuazione dei **Bisogni di Assistenza Infermieristica (B.A.I.)** attraverso un elenco di 9 *items*: a ciascun bisogno / *item* corrisponde una prestazione infermieristica che deve essere **pianificata** in termini di obiettivi e interventi (vedi il foglio **PAI = Piano di Assistenza Infermieristica**).

Il BAI "aperto" significa che a conclusione della valutazione infermieristica è stato individuato un bisogno di assistenza che necessita di intervento. Se il BAI non è aperto, è sufficiente rilevare la normalità dei parametri indicati nell'*item* (es. normocardia, eupnea, autonomia nel movimento, etc.). Il BAI può essere aperto anche in un momento assistenziale successivo all'accettazione, in questo caso indicare l'apertura del bisogno nel PAI.

### **Il modello comune include anche:**

- la valutazioni dei rischi e del dolore, la chiusura dell'accertamento infermieristico (sezione 4);
- il consenso informato infermieristico e/o ostetrico (sezione 5);
- la gestione dei beni/effetti personali "GEP" (sezione 6) come da procedura AOB;
- la pianificazione e la registrazione degli esami diagnostici di laboratorio, radiologia, es. strumentali, consulenze mediche e delle professioni sanitarie, (sezione 7-8);
- la registrazione di dispositivi invasivi e le medicazioni gestiti dal professionista Infermiere (sezione 9-10).

Nell'ultima parte del modello è presente la valutazione finale (interno della copertina = **Valutazione Infermieristica Finale**) e la **cronologia di eventuali trasferimenti** (intra o extra ospedalieri)

**Gli allegati obbligatori** al modello comune (**PAI e Diario Infermieristico**) rappresentano **le fasi assistenziali successive**, in cui l'Infermiere effettua l'azione ( l'esecuzione degli interventi e trascrizione nel **PAI**) e la registrazione di atti infermieristici, di osservazioni/situazioni in ordine cronologico (**Diario con l'indicazione di data, orario, firma dell'Infermiere**).

### **B) Schede specifiche di area assistenziale**

A seconda dell'area assistenziale al modello comune saranno associate più schede tecniche (di area chirurgica, internistica, critica e pediatrica) in cui devono essere registrate specifiche attività. Nel retro della copertina della CI sono elencate le suddette schede, da integrare alla cartella, a seconda delle necessità.

### **C) Copertina:**

- 1) indicazione della struttura di ricovero e nome dell'assistito (frontespizio, codice nosologico SiSar e n. archivio interno);
- 2) valutazione infermieristica finale e cronologia trasferimenti (foglio interno); dati riguardanti la composizione della CI (retro).

<b>Cartella infermieristica</b>	<b>CODIFICA</b>	<b>Composizione</b>
Modello base per tutte le aree assistenziali	MOD. D.S. 001	10 pagine + allegati (DI e PAI)
Modello per Neonatologia e Nido	MOD. D.S. 005	9 pagine (inclusi Diario Infermieristico e Diario Allattamento) Nota: per questa particolare area assistenziale è stata revisionata e codificata una CI, già in uso da alcuni anni.
Modello per Oculistica (Day Surgery – Day Service- DH Terapeutico, Ordinario)	COD.CI. Oculistica	4 pagine, incluso il Diario. Scheda infermieristica "Assistenza in Sala Operatoria".
Modello per Osservazione Breve Intensiva	MOD. D.S. 006	4 pagine, incluso il Diario

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- CANTARELLI M. - *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, II° edizione Milano, Collana di scienze infermieristiche, Milano, Edizioni Masson , 2003
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C.- *La dirigenza Infermieristica*, IV° edizione, Milano Edizioni MCGRAW-HILL, 2010
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C. - *La dirigenza Infermieristica*, III° edizione, Milano Edizioni MCGRAW-HILL, 2009
- CARPENITO L. J. - *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*, III° edizione Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2014.
- CARPENITO L.J. - *Diagnosi Infermieristiche, "Applicazioni alla pratica clinica"* II° edizione, Milano, Casa editrice Ambrosiana, 2007 JOHNSON M. BULECHET G. MCCLOSKEY DOCHTERMAN J, MAAS M, MOORHEAD S.
- CASATI M., *La documentazione infermieristica*, 2/ed., Milano , MCGRAW- Hill, 2005
- *Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi*, Milano, Casa editrice Ambrosiana, 2005, KIM M. J, McFARLAND, McLANE A.M.- *Diagnosi Infermieristiche e piani di assistenza*, edizione italiana di Renzo Zanotti, 2011, Milano Edizioni Sorbona
- SANTULLO A - *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, IV° edizione Milano, edizioni MCGRAW- Hill, 2014
- SERVIZIO INFERMIERISTICO, Ospedale Sant'Orsola Malpighi, *La documentazione infermieristica*, Bologna, dicembre 2015, ricerca sitografica online: [http://www.evidencebasednursing.it/progetti/cartella/lg\\_cartella\\_infermieristica.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/progetti/cartella/lg_cartella_infermieristica.pdf)
- WILKINSON J.M. - *Processo infermieristico e pensiero critico*, Milano, Casa editrice ambrosiana, 2007
- [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

### Nota

La documentazione infermieristica presentata è suscettibile di modifiche, integrazioni, miglioramenti, che possono essere segnalati per la revisione futura. Per suggerimenti, idee, correttivi utili a *perfezionare* la documentazione infermieristica (CI e schede), si prega di inviare le segnalazioni alla e-mail: [infodoc.profsanitarie@aob.it](mailto:infodoc.profsanitarie@aob.it)

Elenco Schede infermieristiche **generali** per tutte le aree - Rev. 2018

Tabella 1

N° Schede	Denominazione: schede ad <b>uso comune</b> in tutte le aree assistenziali	Tipologia <b>scheda infermieristica</b>	Codifica / Revisione
1	Grafico parametri e monitoraggio dolore (mod. AOB)	Scheda settimanale di valutazione parametri e monitoraggio dolore (Abbey Pain Scale)	SCH. Parametri e monit. Dolore – Rev. 1 7/2018
2	Scheda valutazione patrimonio venoso	Valutazione sistema venoso periferico	SCH- VAL. PATR. VENOSO - Rev. 1 - 7/2018
3	Scheda rischio cadute adulto (scala di Conley)	Valutazione rischio cadute	SCH- Conley Rev. 1 - 7/2018
4	Scheda rischio cadute bambino (scala Humpty Dumpty)	Valutazione rischio cadute bambino ospedalizzato	SCH- Rischio cadute HD-PED - Rev. 0 - 7/2018
5	Scheda Indice di Barthel	Valutazione grado dipendenza/autonomia dell'assistito	SCH- Barthel - Rev. 1 - 7/2018
6	Scala di Braden	Valutazione grado di rischio lesioni da decubito/pressione	SCH- Braden Rev. 1 - 7/2018
7	Scheda monitoraggio lesioni da decubito/pressione	Monitoraggio e medicazioni lesioni da decubito	SCH- Monit. Med. LD - Rev. 2 - 7/2018
8	Scheda di Glasgow	Monitoraggio coscienza	SCH – GCS – Rev.1 – 7/2018
9	Scheda profilo glicemico	Monitoraggio glicemia e somministrazione terapia	SCH- Profilo Glicemico Rev. 1 - 7/2018
10	Scheda igiene personale	Pianificazione / Esecuzione / Aiuto per l'igiene della persona	SCH- Igiene personale Rev. 2 - 7/2018
11	Scheda paracentesi/toracentesi	Assistenza procedura evacuativa cavità toracica /addominale	SCH- PROC. PARACENTESI - TORACENTESI - Rev. 2 - 7/2018
12	Scheda Bilancio idrico 24 h.	Liquidi (EV e per OS) in e out	SCH- BIL. 24 h. Rev. 2 - 7/2018
13	Scheda Trasferimento in altra struttura o Dimissione infermieristica	Consegne infermieristiche per continuità assistenziale	SCH-Trasf. o Dimiss.Infer. REV.2 – 7/2018



Elenco Schede infermieristiche <b>specifiche per area o struttura Internistica</b>
--

Tabella 2

N° Schede	Denominazione: schede <b>specifiche</b> per struttura o area assistenziale	Tipologia scheda <b>infermieristica</b>	Codifica / Revisione
1	Scheda gestione secrezioni (Neuroriabilitazione)	Assistenza infermieristica nella gestione delle secrezioni bronchiali	In fase di revisione
2	Scheda valutazione disfagia (Neuroriabilitazione/Neurologia )	Valutazione infermieristica della deglutizione	SCH- VAL. DISF. Neurol. Rev. 1 - 7/2018
3	Scheda screening DISFAGIA (Neurologia/Stroke Unit)	Valutazione logopedica o infermieristica per la disfagia e disturbi di alimentazione	SCH- Screening. DISF. Neurol/Stroke <b>Unit</b> Rev. 1 - 7/2018
4	Scheda fibrinolisi (Stroke Unit)	Valutazione medico- infermieristica Fibrinolisi per ischemia cerebrale acuta	Aggiornata nel 2018 secondo percorso ICTUS internazionale.
5	Scheda es. feci (Gastroenterologia)	Esecuzione di esami su feci	SCH- Es. FECI Rev. 1 - 7/2018
6	Scheda valutazione disfagia (Gastroenterologia)	Valutazione infermieristica della deglutizione	SCH- VAL. DISF. Neuro/Stroke. Rev. 1 - 7/2018
7	Scheda check-list trapianto (Nefrologia e Medicina Trapianto Renale)	Check-list esami pre- trapianto rene	SCH- Es. Tx RENE Rev. 1 - 5/2018
8	Scheda parametri paz. TX Day & Week (Nefrologia e Medicina Trapianto Renale)	Monitoraggio parametri nel post-operatorio	Non indicata codificata
9	Scheda monitoraggio parametri (Medicina Nucleare (reparto protetto) – Businco-Oncologico)	Valutazione e monitoraggio parametri vitali	SCH. Monit.P.V. Med. Nucl. Rev.1- 7/2018
10	Scheda monitoraggio edemi, evacuazioni, nausea, vomito. (Medicina Nucleare (reparto protetto) Businco-Oncologico)	Valutazione e monitoraggio post- somministrazione terapia radio-isotopi	SCH. Monit. Med. Nucl. Rev.1- 07/2018



<b>Elenco Schede infermieristiche specifiche per area o struttura Chirurgica</b>
--

Tabella 3

N° Schede	Denominazione: Schede specifiche per struttura o area assistenziale	Tipologia scheda infermieristica	Codifica / Revisione
1	Scheda medicazioni ferite chirurgiche e/ drenaggi (Cardiochirurgia – Chirurgia toracica Chirurgia Generale, Ch. Vascolare, Neurochirurgia)	Medicazioni di ferite chirurgiche a piatto o drenaggi	SCH. MED. F/D Area CH - Rev. 1 - 7/2018  (in aggiunta alla scheda della CI, inserita a pag. 10)
2	Scheda parametri / Bilancio idrico (Chirurgia Toracica)	Monitoraggio parametri/ bilancio/dolore.	SCH- Param./Bil. CH. Tor. Bus - Rev. 1 - 7/2018
3	Scheda ago-biopsia/TAC + consenso inf. (Chir. Toracica/TAC)	Assistenza infermieristica Ago biopsia toracica in TAC	SCH-DS Chir. Toracica Bus. - Rev. 0 - 8/2018
4	Scheda esecuzione broncoscopia (Endoscopia Toracica)	Assistenza infermieristica durante la broncoscopia	SCH- ASSISTENZA in Broncoscopia - Rev. 0 - 1/2018
5	Scheda infermieristica PV (Chirurgia Oncologica e Senologia)	Controllo parametri vitali nel post-operatorio	SCH- Parametri Vitali-CH. Oncol. – Rev. 1- 3/17
6	Scheda monitoraggio PV (Chirurgia generale e Trapianti fegato/pancreas)	Controllo parametri vitali, diuresi, drenaggi e bilancio nel post-op.	SCH- Monit. P.V. – Rev. 1 - 7/2018
7	Scheda alimentazione pz trapiantato fegato/pancreas (Chirurgia generale e Trapianti fegato/pancreas)	Alimentazione personalizzata	Sch. Alim./pz. C. TX Rev. 1 - 2/2016
8	Scheda pre-ricovero (Chirurgia Vascolare)	Assistenza infermieristica in pre-ricovero	SCH-PRE.RIC. CH. Vasc. - Rev. 1 - 7/2018
9	Scheda drenaggio DVE (Neurochirurgia)	Assistenza al pz. con drenaggio di liquidi (Derivazione Ventricolare Esterna)	SCH-DRENAG. NCH - Rev. 1 - 7/2018
10	Scheda Day Surgery (Per le chirurgie che effettuano DS)	Assistenza infermieristica in pre-ricovero e Day Surgery + Consenso Informato	SCH. Day Surgery – Rev. 1 - 7/2018
11	Scheda Infermieristica monitoraggio liquidi biologici (Urologia – Trapianto rene e Chirurgia robotica)	Assistenza infermieristica post-operatoria	SCH. MONIT. LIQUIDI BIOLOGICI POST-OP. UROL. Rev. 1 – 7/2018



<b>Elenco Schede infermieristiche/ostetriche specifiche ostetricia e neonatologia</b>
---

Tabella 4

N° Schede	<b>SCHEDE OSTETRICIA</b>	<b>Tipologia scheda dell' Ostetrica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
1	Scheda visita ostetrica	Visita ostetrica pre-post parto	SCH-VIS.OST. Rev. 1 - 7/2018
2	Partogramma	Monitoraggio travaglio e parto	SCH. Partogr. Ostetricia Rev. 1 2/2016
3	Scheda ostetrica del puerperio	Valutazione ostetrica post-parto	SCH-PUERP. OST. Rev. 1 - 7/2018
4	Diario ostetrico	Cronologia trascrizione atti e osservazioni dell' Ostetrica	SCH-DO- OST. Rev. 1 - 7/2018

Tabella 5

N° Schede	<b>Schede Neonatologia</b>	<b>Tipologia scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
1	Scheda controllo glicemico Neonatologia	Monitoraggio glicemia del neonato	SCH- GLIC. NEON. Rev. 1 - 7/2018
2	Scheda parametri vitali	Monitoraggio parametri vitali neonato	SCH-MPV NEON. Rev. 1 - 7/2018
3	Scheda alimentazione neonato (Nido/Neonatologia)	Alimentazione e disturbi alimentari del neonato	SCH- AL.NEON. Rev. 1 - 7/2018



**Elenco Schede infermieristiche specifiche per area pediatrica**
**Tabella 6**

N° Schede	Denominazione: schede specifiche di area Pediatrica	Tipologia scheda infermieristica	Codifica / Revisione
1	Scheda dietologica (NPIA)	Controllo dieta	SCH-Dietol NPIA. – Rev. 1 - 7/2018
2	Scheda bilancio (NPIA)	Controllo liquidi in e out	SCH. BIL. 24 NPIA – Rev. 0 – 7/2018
3	Scheda terapia infusione (NPIA)	Somministrazione terapia	SCH. T.I. NPIA Rev. 1 - 7/2018
4	Scheda terapia insulinica (NPIA)	Sorveglianza glicemia pz. diabetico	SCH- SORV. GLIC. e T. INSUL. - NPIA Rev. 1 - 7/2018
5	Scheda Day Hospital (NPIA)	Assistenza durante il DH	SCH-DH NPIA. Rev. 1 - 7/2018
6	Scheda Dimissione Protetta (NPIA)	Assistenza protetta post- dimissione	SCH-D.P. NPIA. – Rev. 1 - 7/2018
7	Scheda infermieristica di accesso (Oncoematologia Ped.)	Assistenza accesso successivo al 1° ricovero	SCH- INF. ACCESSO. – ONCOEMAT. PED. - Rev. 2 - 7/2018
8	Scheda riepilogo esami esordio (Oncoematologia Ped.)	Check-list esami effettuati	SCH- INF. RIEPILOGO ESAMI –ONCOEMAT. PED. - Rev. 2 - 7/2018
9	Report infermieristico per CVC (Oncoematologia Pediatrica, Pediatria e Clinica Pediatrica)	Gestione Cateteri Venosi Centrali	Report CVC – PED: - Rev. 2 - 7/2018
10	Scheda infermieristica (Oncoematologia Ped.)	Riepilogo emocomponenti ed esami	SCH- INF. RIEPILOGO EMOCOMP. ED ESAMI – ONCOEMAT. PED: - Rev. 2 - 7/2018
11	Scheda infermieristica (Oncoematologia Ped.)	Riepilogo interventi assistenziali	SCH- INF. RIEPILOGO INTERV. ASSIST. – ONCOEMAT. PED. - Rev. 2 - 7/2018
12	Scheda infermieristica di assistenza anestesologica (Oncoematologia Ped.)	Procedure in sedazione	SCH- ANESTESIOLOGICA ONCOEMAT. PED. - Rev. 2 - 7/2018
13	Scheda infermieristica (Oncoematologia Pediatrica, Pediatria e Clinica Pediatrica)	Controllo bilancio idrico, parametri vitali e dolore	SCH- Bilancio /Par.Vitali – ONCOEMAT. PED: - Rev. 2 - 7/2018
14	Scheda controllo diuresi 24 H. (Pediatria, NPIA)	Liquidi eliminati (quantità o peso del panno)	SCH-DIUR. 24 PED Rev. 1 - 7/2018
15	Scheda controllo scariche fecali (Pediatria e Clinica Pediatrica)	Monitoraggio scariche diarroiche	SCH-SC. FEC.24 PED. – Rev. 1 - 7/2018
16	Scheda alimentazione lattante (Pediatria e Clinica Pediatrica)	Alimentazione e disturbi alimentari del lattante	SCH- AL.LAT.PED. Rev. 1 - 7/2018
17	Scheda infermieristica (Clinica Pediatrica)	Monitoraggio bambino diabetico	SCH-MONITORAGGIO Diabetico CL. PED. - Rev. 1 - 07/2018
18	Scheda bambino diabetico (Pediatria)	Sorveglianza chetoacidotica diabetica	SCH- Sorv. Chet. Diab. PED. Rev. 1 - 7/2018
19	Scheda terapia insulinica (Pediatria)	Sorveglianza glicemica e terapia insulinica	SCH- SORV. GLIC. INS.PED. Rev. 1 - 7/2018
20	Scheda assistenza in Medicina d'Urgenza Pediatrica	Assistenza infermieristica di accesso e osservazione temporanea del pz. pediatrico	SCH- ASSIST.INF. MUP H24-REV 0- 10/2018



Tabella 7

N° Schede	<b>Denominazione:</b> schede di <b>Chirurgia Pediatrica</b>	<b>Tipologia scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
1	Bilancio idrico 24 ore/ Parametri	Assistenza post- operatoria	Sch. Bilancio idrico/Parametri Rev.1 – 7/2018
2	Assistenza in Sala Operatoria	Assistenza in S.O./Conteggi	Sch-Assistenza in S.O. Rev. 2- 7/2018
3	Scheda Osservazione temporanea	Pazienti in transito	Sch. Osserv. Temporanea Ch. Ped. Rev.1 -7/2018
4	Scheda bilancio idrico	Bilancio idrico (monitoraggio intensivo)	Scheda: Bilancio idrico intensivo - Ch. Ped. Rev. 0 – 7 /2018



<b>Elenco Schede infermieristiche specifiche per area Critica</b>
---

Tabella 8

N° Schede	Denominazione: schede specifiche di area <b>Critica/Terapia Intensiva</b> (Rianimazione, UTIC, Cardioanestesia) San Michele	Tipologia scheda infermieristica	Codifica / Revisione
1	Parametri vitali e monitoraggio (A3)	Monitoraggio continuo parametri vitali	SCH. PARAM. MONIT. Area CRITICA Rev. 1 7/2018
2	Bilancio idrico pz. Acuti F/R	Bilancio idrico e riepilogo 24 h. (lato fronte) Bilancio Ematico (retro)	SCH. BILANCIO ACUTI -F/R Area CRITICA Rev. 1 - 7/2018
3	Scheda CRRT Eparina (Continuous Renal Replacement Therapy)	Assistenza infermieristica filtraggio renale con Eparina	SCH. CRRT Eparina Rev. 1 – 7/2018
4	Scheda CRRT Ci Ca (Continuous Renal Replacement therapy)	Assistenza infermieristica filtraggio renale con Ci Ca	SCH. CRRT Ci Ca Rev. 0 – 8/2016
5	Scheda gestione trapianto (CCH – Terapia Intensiva))	Assistenza trap. cuore	SCH.Cart. Trap. Rev. 0 – 8/2016
	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di area <b>Critica/Terapia Intensiva</b> (Rianimazione, Businco)		
1	Scheda Infermieristica per cistoclisi	Monitoraggio lavaggio cistico	SCH. Cistoclisi –Rian. Bus. Rev. 7/2018
2	Modulo settimanale infusioni	Gestione infusione pompa - siringa	SCH. Inf. Pompa –Rian. Bus. Rev. 7/2018
3	Scheda Infermieristica trattamento renale	Terapia sostitutiva renale	SCH. Terapia Sost. Renale Rian. Bus. Rev. 7/2018
4	Profili esami ematochimici	Gestione prelievi ematici	SCH. – Gestione prel. Ematici Rian. Bus. Rev. 7/2018
5	Scheda Bilancio Ematico/Bilancio idrico 24 h.	Gestione bilancio 24 h.	SCH. Gestione BIL. 24 H. Rian. Bus. Rev. 7/2018
6	Scheda di dimissione	Dimissione dalla T.I.	SCH. Dimissione da T.I. Rian. Bus. Rev. 7/2018
7	Scheda settimanale di Terapia Intensiva	Promemoria (secrezioni tracheobronchiali, veglia-riposo, ingresso visite)	SCH. Promemoria T.I. Rian. Bus. Rev. 7/2018
8	Scheda Infermieristica per il paziente/la famiglia	Supporto paziente/famiglia	SCH. Supporto pz/famiglia T.I. RIAN. BUS. REV. 7/2018



**Tabella 9**

N°	Altre Schede / Cartelle per Day Hospital, Day Surgery, OBI-PS	Codifica
1	Cartella DH (Gastroenterologia)	COD. CI DH – REV. 06/2017
2	Cartella DH (Cardiologia)	CI Cardiologia DH – DS - Rev.. 06/2017
3	Cartella DH (Nefrologia e Medicina Trapianto Renale)  + Scheda per terapia ambulatoriale in DH Nefrologia	CI DH Nefro – REV. 0 6/2018  SCH.Terapia AMB in DH Nefro –REV. 0 6/2018
4	Cartella DH  + Scheda di Sala Operatoria per Oculistica (assistenza in S.O.)	CI Oculistica Rev. 01/2018  Sch. – Oculistica – S.O. Rev. 1/2018
5	Cartella DH (Oncoematologia Pediatrica)	COD. CI DH – Oncoem. Ped. – REV. 07/2018
6	a) Cartella di Osservazione Breve Intensiva  b) Scheda Infermieristica Terapia Farmacol. (Pronto Soccorso)  c) Modulo Gestione Effetti Personalì (GEP)	a) MOD. D.S. 006 – Rev. 8/2018  b) SCH- TERAPIA Farmacologica in Pronto Soccorso– rev. 0 8/2018  c) Sch. Mod. GEP. – Rev. 1 - 8/2018



**Altra Documentazione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie per attività ambulatoriali e/o dei servizi e per la registrazione di consulenze**

Tabella 10

N° Schede	Denominazione scheda / documento	Tipologia scheda infermieristica o documento di altre Professioni Sanitarie	Codifica / Revisione
1	Scheda S.I.ED (Endoscopia Digestiva San Michele)	Assistenza infermieristica per procedure di Endoscopia Digestiva	SCH. S.I.E.D REV. 01 7/2018
1a	Scheda infermieristica (Endoscopia Digestiva- Businco)	Assistenza infermieristica per procedure di Endoscopia Digestiva	Sch. Inf. END.DIG. Bus – Rev.00 9/2018
2	C.I.A. M.I.CI. (Gastroenterologia)	Cartella Infermieristica Ambulatoriale per pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali	CIA MICI – REV. 1 07/2018
3	Scheda A.I.M. (Ambulatorio infermieristico)	Richiesta di consulenza infermieristica all' Ambulatorio Multidisciplinare: - posizionamento di PICC; - gestione lesioni cutanee ( <i>wound care</i> ); - gestione stomie	Sch. Rich. Cons. Inferm. - Rev.1 - 7/2018
4	Scheda integrata medico-infermieristica per AFERESI (Immunoematologia)	Aferesi terapeutica e Aferesi produttiva (cellule staminali)	Accreditamento GESI
5	Scheda infermieristica (Ambulatori chirurgici Businco)	Assistenza per i piccoli interventi	SCH- API - BUS Rev. 1 - 7/2018
6	Scheda infermieristica (Ambulatori chirurgici Businco)	Medicazioni chirurgiche ambulatoriali	SCH- Inf. MCA -BUS - Rev. 1 - 7/2018
7	Diario infermieristico (Ambulatori chirurgici Businco)	Altre note per SCH. MCA	SCH-DI – MCA - BUS - Rev. 1 - 7/2018
8	Diario Riabilitativo (FKT)	Registrazione attività del Fisioterapista nell'area di degenza	Sch. DIARIO FKT – Rev. 01 – 7/2018
9	Scheda training deambulatorio del passo (Cardioriabilitazione)	Attività del Fisioterapista (training deambulatorio riabilitativo)	Sch. Training Deambulatorio Riab. Cardio – Rev.0 – 3/2018
10	Valutazione e programma riabilitativo del paziente cardiopatico (Cardioriabilitazione)	Valutazione funzionale del Fisioterapista e programma riabilitativo	Sch. FKT. Riab.Cardio Rev.0 – 3/2018
11	Scheda Infermieristica di riabilitazione cardiologica (Cardioriabilitazione)	Raccolta dati e monitoraggio parametri cardiovascolari	Sch. Inf. Riab. Cardio Rev.0 – 3/2018
12	Scheda Infermieristica di riabilitazione cardiologica con VAD (Cardioriabilitazione)	Riabilitazione cardiologica, paziente con VAD	Sch. Inf. Riab. Cardio pz. VAD Rev.0 – 3/2018
13	Scheda metabolica (Cardioriabilitazione)	Registrazione della Dietista per alimentazione del paziente in Cardioriabilitazione	Sch. Metabolica Dietista Riab.Cardio- Rev.0 – 3/2018
14	Diario Alimentare (Cardioriabilitazione)	Diario alimentare del paziente in Cardioriabilitazione (Dietista)	Sch. Diario Alimentare Riab. Cardio Rev.0 – 3/2018
15	Cartella Riabilitativa (Fisioterapia – Businco)	Cartella Integrata della Riabilitazione	In fase di revisione
16	Scheda fisioterapica (NPIA)	Attività del Fisioterapista in Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell' Adolescenza	In fase di implementazione
17	1) Documentazione multi professionale della Neuroriabilitazione  2) Cartella Riabilitativa Integrata	1) Schede, procedure, diario assistenziale multi professionale (Medico, Infermiere, oss Fisioterapista, Logopedista, Psicologo)  2) Registrazione delle attività riabilitative (Fisioterapista e Logopedista)	1) Documentazione implementata, disponibile per la visione.  2)In fase di revisione



Progetto "Costruire un modello unico di Cartella Infermieristica" – Fase 2
--

**Partecipanti ai gruppi di lavoro St. Osp. Businco-Oncologico – Ottobre –Dicembre 2016**

(Referente di presidio Renata Mura – Direzione Sanitaria)

Partecipanti gruppo di lavoro 1 "**Chirurgia Oncologica**" → Referente M. Fanunza – Serena Meloni

1	<b>Fanunza Marinella ref.</b>	Coordinatrice Chirurgia Toracica
2	Aresu Fabrizio	Infermiere Chirurgia Toracica
3	Farris Paola	Infermiera Chirurgia Toracica
4	Annamaria Orrù	Coordinatrice Ginecologia
5	Zuncheddu Ester	Infermiera Ginecologia
6	Collu Alessandra	Coordinatrice Chirurgia oncologica
7	Arabini Francesca	Infermiera Chirurgia oncologica
8	Frau Valeria	Infermiera Chirurgia oncologica
9	Di Martino Marina	Coordinatrice Endoscopia Dig.
10	Murru Francesco	Infermiere Chirurgia oncologica
11	Marotto Francesca	Infermiera Chirurgia oncologica
12	<b>Meloni Serena ref.</b>	Coordinatrice f.f. Ambulatori Chirurgici
13	Vacca Giuliana	Infermiera Ambulatori Chirurgici
14	Ibba M.Brigida	Infermiera Endoscopia Digestiva
15	Gessa M.Francesca	Coordinatrice f.f. Terapia del Dolore
16	Giglio Valentina	Infermiera Terapia del Dolore
17	Chillotti Paolo	Infermiere Terapia del Dolore
18	Cosseddu Rosalba	Coordinatrice f.f. Blocco Operatorio
19	Collu Ivan	Coordinatore f.f. Blocco Operatorio
20	Antonietta Dessi	Infermiera Endoscopia Toracica
21	M.Giuseppa Cappellu	Coordinatrice f.f.Dermatologia
22	Corda Deborah	Infermiera Dermatologia
23	Pisano Marina Elena	Infermiera Ambulatorio Ginecologia
24	Porru M.Luigia	Infermiera Radiodiagnostica

Partecipanti gruppo di lavoro 2 "**Oncologia medica**" → Referente Claudia Canu

1	<b>Canu Claudia ref.</b>	Coordinatrice Oncologia medica
2	Brigas Gabriella	Infermiera Oncologia medica
3	Mua Daniela	Infermiera Oncologia medica
4	Floris Grazia	Infermiera Oncologia medica
5	Cuboni A.Maria	Coordinatrice Medicina Nucleare - Rep.Protetto
6	Pilloni Sabrina	Infermiera Medicina Nucleare - Rep.Protetto
7	Murgia Marisa	Infermiera Medicina Nucleare - Rep.Protetto
8	Caboni Annalisa	Infermiera Centro Trapianti Midollo Osseo
9	Anna M. Uras	Coordinatrice Radioterapia
10	Poddigue Monica	Coordinatrice Ematologia



Partecipanti Sottogruppo 2 “**Oncologia medica**” → Referente Efisia Mascia

1	<b>Mascia M. Efisia ref.</b>	Coordinatrice Oncologia Medica DH
2	Cherchi Francesca	Oncologia Medica DH
3	Mascia Simonetta	Oncologia Medica DH
4	<b>Uras A.Maria</b>	Coordinatrice Radioterapia Ambulatorio
5	Achena Simonetta	Radioterapia Ambulatorio
6	Mattana Daniela	Radioterapia Ambulatorio
7	Mascia Gabriella	Ematologia Ambulatorio
8	Camedda Assunta	Ematologia Ambulatorio
9	Desogus Alberto	Ematologia Ambulatorio
10	Pregio Oriana	Ematologia DH
11	Corona M.Bonaria	Medicina Nucleare
12	Lobina Luisa	Medicina Nucleare
13	Caria Antonella	Laboratorio Analisi

Partecipanti gruppo di lavoro 3 “**Area critica**” → Referente Virginia Boi

1	<b>Boi Virginia</b>	<b>Coordinatrice f.f.</b> Rianimazione e Anestesia
2	Arca Pierfranco	Infermiere Rianimazione
3	Pinna Donatella	Infermiera Rianimazione
4	Pintus Roberta	Infermiera Rianimazione
5	<b>Giovanni Poddie</b>	<b>Coordinatore</b>
6	Murgia Rita M.Luisa	Infermiera Anestesia



Progetto “Costruire un modello unico di Cartella Infermieristica” – Fase 2
--

**Partecipanti ai gruppi di lavoro St. Osp. Cao- Microcitemico - Febbraio- Marzo 2017**

(Referente di presidio Mariella Sedda – Clinica Pediatrica e Direzione Sanitaria)

**Gruppo 1 “Pediatria generale” → Referente Francesca Carta**

1	Carta	Francesca	Infermiera	1° CLIN
2	Curis	Caterina	Infermiere Ped.	1° CLIN
3	Da Silva Costa	Teresa	Infermiera	1° CLIN
4	Lo Presti Costantino	Miryam	Infermiera Ped.	1° CLIN
5	Piroddi	Valentina	Infermiera	1° CLIN
6	Sedda	Mariella	Infermiera in P.O.	1° CLIN
7	Cabboi	Stefania	Infermiera	2° CLIN
8	Cancedda	Jeaninne	Infermiera	2° CLIN
9	Chessa	Giuseppina	Infermiera	2° CLIN
10	Jercan	Narciza	Infermiera	2° CLIN

**Gruppo 2 “Oncoematologia” → Referente Cinzia Zedda**

1	Collu	Rita	Infermiera Ped.	Oncoematologia
2	Flores	Stefania	Infermiera Ped.	Oncoematologia
3	Leoni	Michela	Infermiera	Oncoematologia
4	Piras	Stefania	Infermiera Ped.	Oncoematologia
5	Vacca	Michela	Infermiera	Oncoematologia
6	Zedda	Cinzia	Coordinatrice f.f.	Oncoematologia
7	Garau	A. Valentina	Infermiera	CTMO
8	Melis	Valeria	Infermiera	CTMO

**Gruppo 3 “Neuropsichiatria infantile” → Referente Luca Deidda**

1	Deidda	Luca	Infermiere	NPIA
2	Merella	Michelina	Infermiera	NPIA
3	Mannias	Patrizia	Infermiera Ped.	NPIA
4	Mossa	Sabrina	Infermiera Ped.	NPIA
5	Rosano	Loreta	Infermiera	NPIA
6	Sogos	Irene	Infermiera	NPIA

**Gruppo 4 “Ginecologia - Diagnosi prenatale e preimpianto” → Referente S. Ollargiu**

1	Fadda	Elisabetta	Infermiera	Ginecologia
2	Martinez	Barbara	Ostetrica	Ginecologia
3	Ollargiu	Sabine	Coordinatrice Ostetrica	Ginecologia
4	Todde	Carmen	Ostetrica	Ginecologia



<b>Gruppo di lavoro per FSC ECM "Audit" Cartella Infermieristica – Dicembre 2017</b>
--

(Responsabile del progetto "Audit": Dr.ssa Marina Mastio)

### Elenco partecipanti

N°	COGNOME	NOME	STRUTTURA	St.Ospedaliero	Qualifica
1	Abis	M. Elena	Medicina 2	San Michele	Coordinatrice
2	Angius	Katiuscia	Rianimazione	San Michele	Infermiera
3	Agus	Lorena	Chirurgia d'Urgenza	San Michele	Infermiera
4	Contu	Ornella	Cardioanestesia	San Michele	Infermiera
5	Fadda	Elisabetta	Diagnosi Prenatale	Cao	Infermiera
6	Flores	Stefania	Oncoematologia	Cao	Infermiera
7	Lecca	Annalisa	Chirurgia Pediatrica	San Michele	Infermiera
8	Locci	Mirella	Pediatria	San Michele	Infermiera
9	Martinez	Barbara	Diagnosi prenatale	Cao	Ostetrica
10	Nespolo	Gigliola	Cardiochirurgia	San Michele	Infermiera
11	Pia	Bruna	Cardioanestesia	San Michele	Infermiera
12	Rombi	Maura	Pediatria	San Michele	Infermiera
13	Sedda	Mariella	Clinica Pediatrica	Cao	Infermiera in P.O.
14	Serru	M. Pina	Cardiochirurgia	San Michele	Infermiera
15	Sois	Francesca	Neurochirurgia	San Michele	Infermiera
16	Zanda	Romina	Chir. Generale	San Michele	Infermiera

### Elenco Coordinatori dei gruppi di lavoro

N°	COGNOME	NOME	Struttura /St. Ospedaliero	QUALIFICA
1	Campus	M. Carmina	SSD Formazione	Infermiera
2	Canu	Claudia	Oncologia Medica - Businco	Coordinatrice Inf.
3	Congias	Vincenza	Dipartimento Chirurgia	Resp. Inf. Dip.
4	Desogus	Marco	Dipartimento Cardiovascolare	Resp. Inf. Dip.
5	Dettori	Bruna	Direzione Professioni Sanitarie	Dirigente Prof. San.
6	Lai	Rosanna	Dipartimento Emergenza	Resp. Inf. Dip.
7	Manca	Anna Nicolina	Stroke Unit – San Michele	Coordinatrice Inf.
8	Manca	Roberta	Cardioanestesia – San Michele	Coordinatrice Inf.
9	Ollargiu	Sabine	Diagnosi Prenatale - Cao	Coordinatrice Ostet.
10	Piras	Alba	SSD Formazione	Infermiera
11	Porcu	Vincenza	Cardiochirurgia – San Michele	Coordinatrice Inf.
12	Sulis	Luisa	Pediatria – San Michele	Coordinatrice Inf.
13	Zedda	Cinzia	Oncoematologia - Cao	Coordinatrice Inf. f.f
14	Zucca	Silvia	Centro Trapianti Midollo Osseo	Coordinatrice Inf. f.f



**Gruppo REVISIONE Cartella Infermieristica AOB  
FSC ECM - Giugno - Luglio 2018**

(Responsabile del progetto di revisione: Dr.ssa Marina Mastio)

N°	COGNOME	NOME	STRUTTURA	St. Ospedaliero	Qualifica
1	Caredda	Cristiana	UTIC / CARDIOLOGIA	San Michele	Coordinatrice
2	Carta	A. Maria	RIANIMAZIONE	San Michele	Coordinatrice
3	Collu	Antonella	GINECOLOGIA	San Michele	Coordinatrice
4	Congias	Vincenza	CHIRURGIA GENERALE	San Michele	P.O. Dip. Chir.
5	Cuboni	A. Maria	MED. NUCLEARE	Businco	Coordinatrice
6	Fanunza	Marinella	CHIRURGIA TORACICA	Businco	Coordinatrice
7	Lai	Roberta	CHIRURGIA VASCOLARE	San Michele	Coordinatrice
8	Lai	Rosanna	P.O. DIP. EMERGENZA	San Michele	P.O. Dip. Emergenza
9	Manca	Roberta	CARDIOANESTESIA	San Michele	Coordinatrice
10	Martello	Susanna	GASTROENTEROLOGIA	San Michele	Infermiera
11	Melis	Monica	CARDIOANESTESIA	San Michele	Infermiera
12	Murru	Donatella	NEUROLOGIA	San Michele	Coordinatrice
13	Nieddu	M. Cristina	NEUROCHIRURGIA	San Michele	Coordinatrice
14	Olla	Ornella	MEDICINA 1	San Michele	Coordinatrice
15	Porcu	Vincenza	CARDIOCHIRURGIA	San Michele	Coordinatrice
16	Sedda	Mariella	CLINICA PEDIATRICA	Cao	P.O. Area pediatrica
17	Sois	Francesca	UTIC	San Michele	Infermiera
18	Stara	Maurizio	CARDIOLOGIA	San Michele	Coordinatore
19	Sulis	Luisa	PEDIATRIA	San Michele	Coordinatrice
20	Zedda	Cinzia	ONCOEMATOLOGIA	Cao	Coordinatrice

**Conduttori**

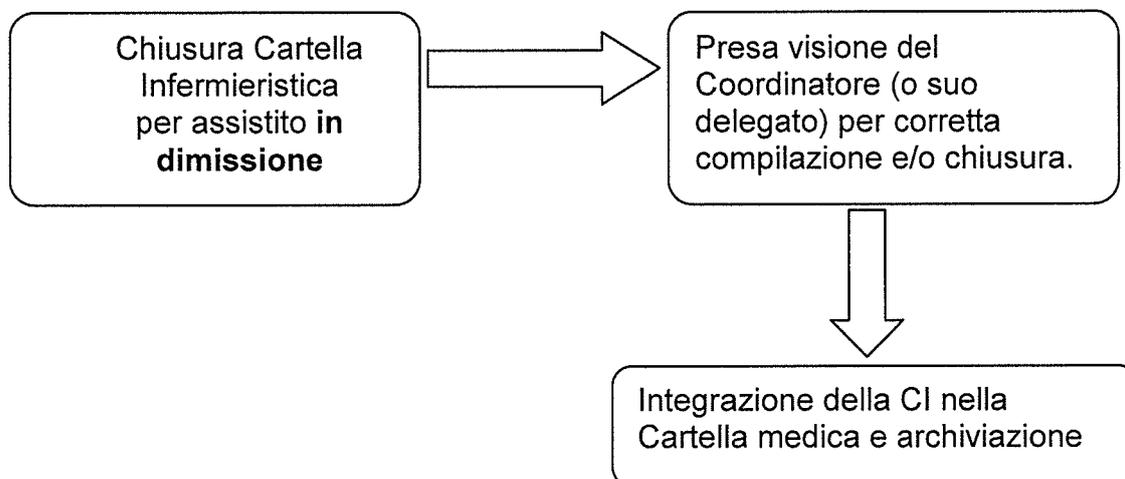
	COGNOME	NOME	STRUTTURA	Qualifica
1	Campus	M. Carmina	SSD Formazione	Infermiera
2	Desogus	Marco	P.O. Dipartimento Cuore	P.O. Dip. Card.
3	Dettori	Bruna	Dirigente Prof. San. DS AOB	Dirigente Prof. San.
4	Mastio	Marina	P.O. Form. Inn. Svilup. Doc. - DS AOB	P.O. Form. Percorsi



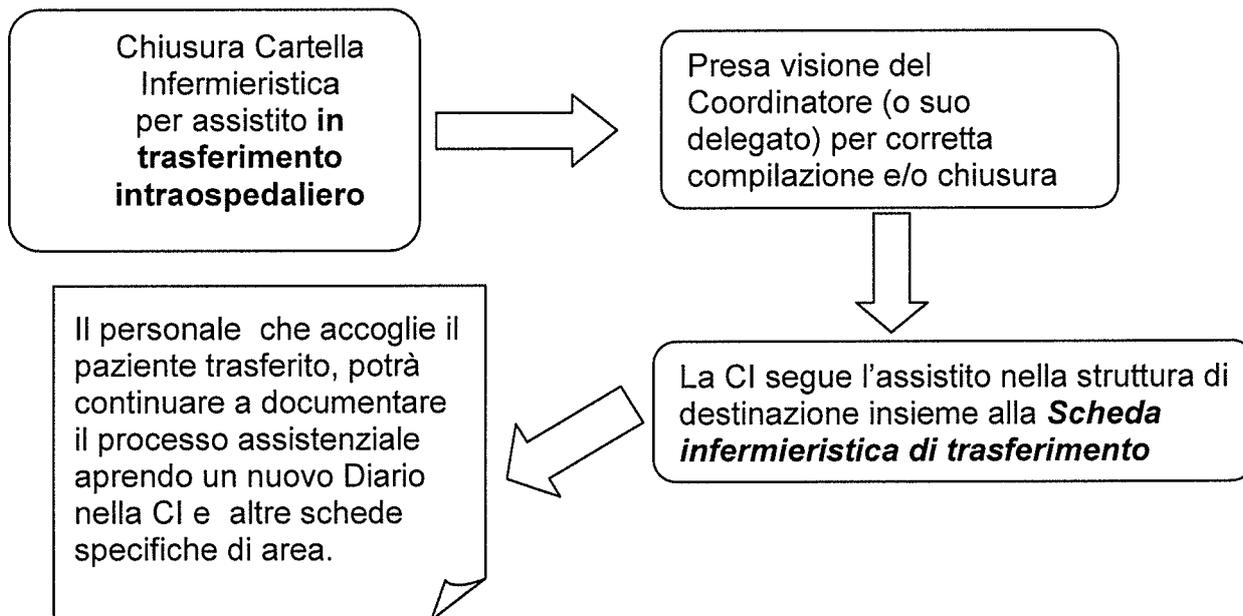


## Flow-chart → Proposta per percorso Cartella Infermieristica (CI) e archiviazione

## • Ipotesi 1 (Paziente dimesso)



## • Ipotesi 2 (paziente trasferito/ preso in carico da ospedali dell'AOB)



## • Ipotesi 3 (paziente trasferito in struttura extra aziendale, fuori dai tre ospedali dell'AOB)

Inviare la **Scheda Infermieristica di trasferimento/dimissione** e se richiesto, inviare copia della CI

