

Requisiti di qualità della documentazione clinica e assistenziale

Corso di formazione

*“compilazione e verifica della cartella clinica:
requisiti di qualità e profili di responsabilità”*

Dott.ssa Tiziana Mariani
t.mariani@asl.rieti.it

Rieti, 9 giugno 2016

Definizioni

«LO STRUMENTO INFORMATIVO INDIVIDUALE FINALIZZATO A RILEVARE TUTTE LE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E CLINICHE SIGNIFICATIVE RELATIVE AD UN PAZIENTE E AD UN SINGOLO EPISODIO DI RICOVERO.»

(MINISTERO DELLA SANITÀ, 1992)

...la cartella clinica viene individuata come uno strumento per la valutazione del rispetto dei principi di efficienza e di efficacia delle prestazioni, delle modalità di erogazione delle stesse, il controllo della qualità delle cure, della spesa sanitaria e quindi della tutela della salute pubblica.

(LGS. 502/92 - “RIORDINO DELLE DISCIPLINE IN MATERIA SANITARIA”)

“il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell’evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostiche terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell’eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione”
(CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL 18 MAGGIO 2014 – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI)

Struttura

- Deve essere generata una cartella per ogni episodio di ricovero, sia in regime ordinario sia di day hospital.
- Ogni cartella deve essere identificata da un codice formato dall'anno di apertura del ricovero e da un numero progressivo

Redazione

- Hanno titolo a redigere documenti di cartella:
 - *i professionisti sanitari* che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni in favore dello stesso (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche ecc.);
 - *ulteriori figure* (assistenti sociali, personale amministrativo, operatori di supporto, ecc.), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente e da discipline regolamentari interne alle strutture di ricovero, che pongano in essere attività connesse con il paziente;
 - *personale in formazione*, se - ed entro il limite - consentito dalla disciplina di settore.

ARTICOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA A RICOVERO ORDINARIO

A APERTURA RICOVERO

A.1 DATI AMMINISTRATIVI (ACCETTAZIONE)

A.2 PRESA IN CARICO – INQUADRAMENTO CLINICO/INFERMIERISTICO

B PROCESSO DI CURA

B.1 DIARIO

B.2 DOCUMENTAZIONE ATTIVITÀ:

- TERAPIA FARMACOLOGICA
- TERAPIA CHIRURGICA
- ATTIVITÀ ASSISTENZIALE
- GESTIONE E PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE ICA
- DIAGNOSTICA E CONSULENZE
- NOTIFICHE MALATTIE INFETTIVE, CERTIFICATI E REFERTI

C CHIUSURA RICOVERO

C.1 DIMISSIONE

C.2 VALUTAZIONE FINALE INFERMIERISTICA

C.3 COMPILAZIONE SDO

C.4 CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA

Frontespizio Cartella

A
P
E
R
T
U
R
A

R
I
C
O
V
E
R
O

DATI AMMINISTRATIVI (ACCETTAZIONE)

a. DATI di IDENTIFICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

La Cartella clinica va identificata con riferimento alla normativa nazionale con:

- la denominazione dell'ospedale di ricovero;
- il codice dell'ospedale;
- il codice dell'unità operativa di ammissione
- il codice della Cartella clinica, composto da: anno seguita dal numero progressivo della pratica (in cui viene aperto il ricovero)

b. DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA ASSISTITA

- dati utili per la compilazione del tracciato del record regionale per la rilevazione della scheda di dimissione ospedaliera SDO (allegare modulo).
- Codice fiscale
- allegare in cartella fotocopia di un documento di identità in corso di validità o di altro documento identificativo e della tessera sanitaria

c. NUMERI TELEFONICI DI RIFERIMENTO

d. NOMINATIVO DEL MMG E N. TEL

e. EVIDENZE

- **Allergie a Farmaci/alimenti**
- **Paziente fragile (si suggerisce di codificare le diverse fragilità con codice convenuto all'interno dell'organizzazione sanitaria/ospedaliera**
(es: PFA = paziente fragile auto lesivo; PFT= paziente fragile tossicodipendente; ect,)

- f. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (+ DOSSIER SANITARIO)** da acquisire al momento dell'accettazione

**Entro
24 h.**

Valutazione Clinica

REQUISITI DELLA DOCUMENTAZIONE

A. PROVENIENZA (DA PS, ALTRA STRUTTURA INTERNA/ESTERNA)

B. MOTIVO RICOVERO

C. ANAMNESI:

- FAMILIARE
- FISIOLOGICA
- LAVORATIVA
- PATOLOGICA REMOTA
- PATOLOGICA PROSSIMA

D. RACCOLTA TERAPIE PREGRESSE E IN ATTO (CORRETTA REGISTRAZIONE DEI FARMACI ASSUNTI A LIVELLO DOMICILIARE)

E. RACCOLTA DI REAZIONI AVVERSE/ALLERGIE (FARMACI ALIMENTARI ECC).

F. ESAME OBIETTIVO:

REQUISITI GENERALI

- VALUTAZIONE APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (ISPEZIONE – PALPAZIONE – ASCOLTAZIONE)
- VALUTAZIONE APPARATO RESPIRATORIO (ISPEZIONE – PERCUSSIONE – ASCOLTAZIONE)
- VALUTAZIONE SENSORIO
- VALUTAZIONE EVIDENTI ALTERAZIONI NEUROLOGICHE

+ ESAME OBIETTIVO DETTAGLIATO INERENTE IL MOTIVO DI RICOVERO O SPECIALITÀ DI CURA

PS: IN CASO DI RILEVAZIONE DI PARAMETRI NELLA NORMA LA NORMALITÀ VA COMUNQUE DESCRITTA

DATA – ORA - FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

G. COMPILAZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE

IPOTESI DIAGNOSTICA E PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO DI CURA (TRACCIARE IN CC)

Valutazione Infermieristica

REQUISITI DELLA DOCUMENTAZIONE

A DESCRIZIONE ASPETTI OGGETTIVI E SOGGETTIVI DEL PAZIENTE

- AUSILI E PRESIDI IN DOTAZIONE A DOMICILIO
- VALUTAZIONE VISTA – UDITO
- VALUTAZIONE COGNITIVA
- VALUTAZIONE DOLORE
- AUTONOMIA
- CREDO RELIGIOSO

B VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

NECESSITA' DI ASSISTENZA PER:

- RESPIRAZIONE
- ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE
- ELIMINAZIONE URINARIA/INTESTINALE
- IGIENE
- MOVIMENTO
- RIPOSO/SONNO
- FUNZIONI CARDIOCIRCOLATORIE
- INTERAZIONE COMUNICATIVA

C MODULISTICA PER LA CUSTODIA DI BENI PERSONALI E PROTESI IN ASSENZA DI FAMILIARI

D COMPILAZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONE DEL DOLORE
RISCHIO CADUTA
RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE
RISCHIO DA MALNUTRIZIONE
RISCHIO TROMBOEMBOLICO (medico e CH)
EVENTUALI SCHEDE SPECIFICHE (relative alla specialità clinica)



PIANIFICAZIONE ATTIVITA'

Dott.ssa Tiziana Mariani
t.mariani@asl.rieti.it

P
R
E
S
A

I
N

C
A
R
I
C
O

**Entro
24 h.**

Diario Clinico

REQUISITI QUALITA'

ANNOTAZIONE QUOTIDIANA DI:

- CONDIZIONI DEL PAZIENTE (RIVALUTAZIONE CONDIZIONI DI SALUTE E RISPOSTA AL TRATTAMENTO)
- RICHIESTE ACC. DIAGNOSTICI E/O CONSULENZE CLINICHE E DI ASSISTENZA SOCIALE
- TRACCIABILITÀ DI OGNI MANIFESTAZIONE/ EVENTO CHE SI VERIFICA NEL CORSO DELLA DEGENZA
- TRACCIABILITÀ RISCHI CORRELATI (CADUTE, LdP, EVENTI AUTO ED ETERO-LESIVI, ICA...)
- EVENTUALI COMUNICAZIONI DI RILEVANZA CON PAZIENTE/ FAMILIARI (RISCHI, COMPLICANZE. EVENTI COLLATERALI)

-GRAFIA LEGGIBILE

-DATA - ORA - FIRMA LEGGIBILE OPERATORE

P
R
O
C
E
S
S
O

D
I

C
U
R
A

Cartella Infermieristica

REQUISITI QUALITÀ

▪ **ANNOTAZIONE** AD OGNI TURNO DI TUTTE LE **ATTIVITÀ** SVOLTE E **PROCEDURE** ESEGUITE

▪ **RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI**

(Pressione, frequenza cardiaca, temperatura, dolore, più quelli richiesti dal percorso clinico ass.le)

▪ **GRAFIA LEGGIBILE**

▪ **DATA –ORA– FIRMA LEGGIBILE DELL' OPERATORE**

▪ **GESTIONE PRESIDI E AUSILI**

▪ **EDUCAZIONE SANITARIA**

▪ **RELAZIONE PER TRASFERIMENTI INTERNI**

▪ **SCHEDA MEDICAZIONI**

Documentazione terapia farmacologica

FOGLIO UNICO DI TERAPIA

- **RILEVAZIONE ALLERGIE**

- **REQUISITI PRESCRIZIONE**

1. NOME PRINCIPIO ATTIVO
2. FORMA FARMACEUTICA
3. DOSAGGIO
4. VIA DI SOMMINISTRAZIONE
5. N° DI SOMMINISTRAZ. AL GIORNO O AD INTERVALLI DI GG CON RELATIVO ORARIO
6. INIZIO E FINE TERAPIA
7. GRAFIA CHIARA E LEGGIBILE

- **REQUISITI SOMMINISTRAZIONE**

1. TRACCIABILITÀ
2. CORRISPONDENZA
3. SEGNALAZIONE DI REAZIONI AVVERSE
4. NOTE SULLA MANCATA SOMMINISTRAZIONE

TRACCIABILITÀ IN CARTELLA CLINICA DI:

PREPARAZIONI GALENICHE; EMOCOMPONENTI;

MODULO RICHIESTA/CONSEGNA FARMACI ALLA DIMISSIONE

CONSENSO INFORMATO E PIANO TERAPEUTICO

TERAPIA ANTIBLASTICA; FARMACI SPERIMENTALI; OFF LABEL

P
R
O
C
E
S
S
O

D
I

C
U
R
A

Documentazione percorso chirurgico

P
R
O
C
E
S
S
O

D
I

C
U
R
A

GESTIONE PREOPERATORIA:

VISITA CHIRURGICA
VISITA ANESTESIOLOGICA
ACCERTAMENTI PREOPERATORI
REDAZIONE PROGRAMMA OPERATORIO
CONSENSO INFORMATO
PREPARAZIONE PAZIENTE
PROFILASSI

GESTIONE INTRAOPERATORIA:

- CHECK LIST DI SALA OPERATORIA
- COMPILAZIONE CARTELLINO ANESTESIOLOGICO: LEGGIBILE IN TUTTE LE SUE PARTI FIRMATO E TIMBRATO
- REDAZIONE VERBALE OPERATORIO: CORRETTAMENTE COMPILATO E CHIUSO TEMPESTIVAMENTE FIRMATO E TIMBRATO

DIMISSIONE DAL BLOCCO OPERATORIO

MONITORAGGIO IN SALA RISVEGLIO registrazione dei dati clinici sia da parte dell'**anestesista (tempi di risveglio)** sia da parte del **personale infermieristico (parametri vitali del paziente)**.

ANNOTAZIONE IN CARTELLA DELLA VALUTAZIONE POST OPERATORIA

- LE CONDIZIONI (RESPIRATORIE, CARDIOCIRCOLATORIE, NEUROLOGICHE) DEL PAZIENTE
- IL TIPO DI SORVEGLIANZA NECESSARIA NEL POST OPERATORIO
- LA SEGNALAZIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI E DI ALTRI MEZZI INVASIVI PRESENTI E IL LORO STATO
- LE TERAPIE IN CORSO E QUELLE CONSIGLIATE NEL POST OPERATORIO
- GLI ESAMI DI CONTROLLO NECESSARI ED I PARAMETRI DA MONITORARE
- ORA/MINUTI DELLA DIMISSIONE DAL BLOCCO OPERATORIO, O DA DIVERSO AMBIENTE DI INTERVENTO, E TRASFERIMENTO AL REPARTO DI DEGENZA.

Documentazione integrativa

▪ REFERTI ESAMI DIAGNOSTICI

▪ CONSULENZE SPECIALISTICHE E SOCIOSANITARIE

REQUISITI:

- LEGGIBILITÀ
- DATA, ORA
- TIMBRO E FIRMA

▪ NOTIFICHE DI MALATTIE INFETTIVE

▪ CERTIFICATI (nascita, morte, cedap...)

▪ REFERTI ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

▪ OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE prodotta nel processo di cura

Dimissione

LETTERA DI DIMISSIONE (RICOVERO ORDINARIO) da consegnare al paziente

REQUISITI LETTERA DI DIMISSIONE:

DATA, TIMBRO, FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO DIMITTENTE

CONTENUTI:

- MOTIVO DEL RICOVERO
- BREVE STORIA ANAMNOSTICA
- ACCERTAMENTI ESEGUITI
- PROCEDURE E TRATTAMENTI ESEGUITI
- TERAPIA PRESCRITTA
- EVENTUALE FOLLOW UP
- RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE
- OCCORRENZA DI PRESTAZIONI SOCIALI
- CONSIGLI COMPORTAMENTALI (DIETA, ATTIVITÀ FISICA...)

APPROPRIATEZZA CODICE DIMISSIONE

INTEGRAZIONI IN CASI DI DIMISSIONE COD. 5 E COD.8

RELAZIONE DI TRASFERIMENTO IN ALTRE STRUTTURE INTERNE ED ESTERNE

VALUTAZIONE FINALE INFERMIERISTICA

SCHEDA DIMISSIONE INFERMIERISTICA O RELAZIONE DI VALUTAZIONE FINALE

COMPILAZIONE SDO

COMPILAZIONE CONTESTUALE ALLA CHIUSURA CARTELLA CLINICA

RISPETTO REQUISITI NORMATIVI PREVISTI CON **APPROPRIATEZZA DELLA CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DELLE PROCEDURE**

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA

RIORDINO CARTELLA E CHECK DI AUTOCONTROLLO DA ALLEGARE

Elenco riassuntivo della documentazione di cui deve essere corredata la cartella clinica

- VERBALE DI PS
- REFERTI ESAMI EMATOCHIMICI, MICROBIOLOGICI, DIAGNOSTICI E CONSULENZE, DATATI, FIRMATI E TIMBRATI
- ESAMI CITO-ISTOLOGICI
- CEDAP
- RICHIESTE E REGISTRAZIONI EMOTRASFUSIONI
- CONSENSI INFORMATI
- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI
- INFORMATIVE E DICHIARAZIONI DELLE VOLONTÀ DEI PAZIENTI
- SCHEDE DI VALUTAZIONE RISCHI (CONLEY, TEV, BRADEN, NORTON, ECC.)
- SCHEDE DI NUTRIZIONE-
- NOTIFICA MALATTIE INFETTIVE
- RICHIESTE DI PROTESI E AUSILI
- RICHIESTE DI TRASFERIMENTO AD ALTRI ISTITUTI
- RICHIESTE FARMACI ALLA DIMISSIONE
- MODULISTICA RICOVERO PROGRAMMATO
- SDO
- SCHEDE UNICA DI TERAPIA
- VERBALE OPERATORIO
- CHECK DI SALA OPERATORIA
- CARTELLA ANESTESIOLOGICA
- COPIA DELLA LETTERA DI DIMISSIONE E/O RELAZIONE DI TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA
- CARTELLA RIABILITATIVA
- COPIA DOCUMENTO DECESSO
- COPIA RISCONTRO DIAGNOSTICO IN CASO DI EFFETTUAZIONE AUTOPSIA
- REFERTI ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA
- DOCUMENTAZIONE RELATIVE TSO
- ELENCO DOCUMENTI PROPRIETÀ PAZIENTE
- MODULO PRESA IN CARICO PROTESI/ EFFETTI PERSONALI DEL PAZIENTE
- MODULISTICA PER ATTIVAZIONE DI ASSISTENZA DOMICILIARE
- SCHEDE DI GESTIONE DEI DISPOSITIVI ELETTROMEDICALI
- OGNI ALTRO DOCUMENTO EMESSO IN OCCASIONE DELL'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO RELATIVO AL RICOVERO, COMPRESI ACCERTAMENTI E PRESTAZIONI ESEGUITI IN FUNZIONE DEL RICOVERO.
- CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA DELLA CARTELLA CLINICA**

CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA	SI	NO	NA
FRONTESPIZIO E IDENTIFICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA			
DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO			
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E AL DOSSIER SANITARIO			
INFORMATIVA E DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ DELL'ASSISTITO			
PROPOSTA DI RICOVERO(ED ACCETTAZIONE)			
ANAMNESI			
ESAME OBIETTIVO			
DIARIO CLINICO			
CARTELLA INFERMIERISTICA /OSTETRICA			
SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE			
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO L.D.P.			
SCHEDA DI GESTIONE DEI DISPOSITIVI			
SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTE			
SCHEDA NUTRIZIONALE			
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TROMBOEMBOLICO			
SCHEDA UNICA DI TERAPIA			

CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA	SI	NO	NA
GRAFICA DEI PARAMETRI VITALI			
PRESCRIZIONI E RICHIESTE DI TRATTAMENTO/CONSULENZE			
REFERTI DEBITAMENTE SOTTOSCRITTI			
DOCUMENTAZIONE RELATIVA A SPERIMENTAZIONI CLINICHE			
CHECK-LIST DI SALA OPERATORIA			
VERBALE OPERATORIO			
DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA			
SCHEDA DI REGISTRAZIONE TRASFUSIONE			
ETICHETTE SACCHE TRASFUSE			
RELAZIONI DI TRASFERIMENTO			
VALUTAZIONE FINALE			
LETTERA DI DIMISSIONE			
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA(SDO) COMPILATA			
CORRISPONDENZA TRA NUMERO DI INTERVENTI/PROCEDURE INVASIVE/ANESTESIA/ EMOTRASFUSIONI E NUMERO DI CONSENSI			
OGNI ALTRO DOCUMENTO EMESSE IN OCCASIONE DELL'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO RELATIVO AL RICOVERO, COMPRESI ACCERTAMENTI E PRESTAZIONI ESEGUITI IN FUNZIONE DEL RICOVERO			

Check di autovalutazione della qualità

PRIMA SEZIONE (INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE E CLINICHE DEL PAZIENTE)

DOMANDA N.	SI	NO	VALUTATO PARZIALMENTE [se una o più delle variabili non sono presenti in cartella, inserire le variabili non valutate]	NON APPLICABILE a causa di...
1 Nella cartella è presente la SDO*? p. m-l.	SI <input type="checkbox"/> [SI = nella cartella clinica deve essere presente la SDO]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
1a La SDO è firmata dal medico responsabile? p. m-l. 1	SI <input type="checkbox"/> [SI=quando si trova la firma/signa]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 1 è NO]
2 Nella cartella è presente e firmato il foglio privacy? p. m-l. 1	SI <input type="checkbox"/> [SI = nella cartella clinica deve essere presente il foglio privacy firmato]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
3 L'anagrafica del paziente è completa? p. m-l. 1	SI <input type="checkbox"/> [SI= se è presente nome e cognome, data di nascita e telefono]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	//
4 Il paziente rientra nelle categorie fragili? p. m-l. 4	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando il paziente afferisce alle seguenti categorie (homeless, detenuto, extracomunitario, tossicodipendente, psichiatrico, anziani e bambini, portatori di handicap, processi involutivi cerebrali, immunodeficit)]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
5 L'attività professionale è indicata? p. m-l. 1	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando chiaramente riportata in Cartella]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Paziente pediatrico]

Check di Autovalutazione della Qualità

6	La cartella è disposta in ordine cronologico? (sempre) p. m-l . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= i referti sono in ordine cronologico]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
7	E' specificata la diagnosi al momento del ricovero? (sempre) p. m-l . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= la diagnosi di accettazione deve essere presente (Si se presente su cartella di PS o su cartella di reparto)]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
8	La valutazione del paziente è effettuata entro 24 ore dall'ammissione? (sempre) p. m-l . 5	SI <input type="checkbox"/> [SI= nel diario clinico ci deve essere la valutazione del medico entro 24 h dal ricovero]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Pazienti dimessi o autodimessi prima della valutazione] a causa di...
9	La valutazione iniziale comprende valutazioni sui seguenti aspetti? (anamnesi, esame obiettivo, la prescrizione di terapia, la richiesta di esami diagnostici) p. m-l . 5	SI <input type="checkbox"/> [SI= se tutte le variabili in parentesi sono presenti in cartella]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	//
10	Il rischio cadute: presente valutazione del paziente secondo la scala di Conley all'ingresso e a 72h (quando applicabile**) p. m-l . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= se è presente in cartella]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/>
11	E' riportata la dieta che deve seguire il paziente? p. m-l . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= se la dieta è scritta in cartella]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Se la dieta non è riportata tutti i giorni]	//
12	Stili di vita (fumo, alcool, scolarità etc)? p. m-l . 2	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando in cartella sono chiaramente riportati dati riferiti al consumo di alcool, fumo, droghe]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	//
13	Le allergie sono riportate in cartella? p. m-l . 5	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando in cartella clinica di reparto sono chiaramente riportate allergie a farmaci]	NO <input type="checkbox"/>	//	//

Check di Autovalutazione della Qualità

14	L'anamnesi è presente: (sempre) [non valutare cartella PS] p. m-1 . 5	SI <input type="checkbox"/> SI= [quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE □ A causa di.....
14a	L'anamnesi è scritta in grafia leggibile? (sempre) p. m-1 . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è leggibile]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE [Se la 14 è no] □
15	E' presente l'esame obiettivo (EO)? p. m-1 . 5	SI <input type="checkbox"/> SI= [quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> A causa di
15a	L'EO comprende la valutazione dello stato di coscienza, di funzionalità dell' apparato respiratorio+ cardiocircolatorio e la sede del problema (non valutare la cartella di PS) p. m-1 . 4	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando le quattro variabili sono soddisfatte]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Valutato ad eccezione di...]	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> Se la 15 è no
15b	L'esame obiettivo (EO) all'ingresso è firmato/signato? (sempre) p. m-1 . 2	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando si trova la firma/signa nella cartella del reparto]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Quando presente solo sulla scheda del P.S.]	NON APPLICABILE □ Se la 15 è no
15c	L'esame obiettivo all'ingresso è datato? (sempre) p. m-1 . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è presente la data]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 15 è no]
15d	L'EO è leggibile? (sempre) p. m-1 . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è leggibile la scrittura da almeno uno dei due rilevatori]	NO <input type="checkbox"/>	//	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 15 è no]
16	Tutti i parametri vitali vengono rilevati? p. m-1 . 4	SI <input type="checkbox"/> [SI = quando vengono rilevate la FR,FC,PA e T corporea]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Valutato ad eccezione di.....]	//
16a	Tutti i parametri vitali vengono rilevati quotidianamente? p. m-1 . 4	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando tale valutazione viene effettuata quotidianamente]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE [Non effettuata quotidianamente]	//
17	Il dolore è valutato in cartella? (solo se è presente la scala di valutazione del dolore) p. m-1 . 4	SI <input type="checkbox"/> [SI = se è riportata in cartella la scala del dolore]	NO <input type="checkbox"/>	//	//
17a	La valutazione del dolore è stata eseguita quotidianamente? p. m-1 . 3	SI <input type="checkbox"/> [SI = quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE [Se la 17 è no] □

Dott.ssa Tiziana Mariani
t.mariani@asl.rieti.it