

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura definisce l'Adozione della documentazione infermieristica nelle UU. OO. dei PP. OO. ASP di CT

Redazione

Dott. Francesco Barletta Servizio Infermieristico Aziendale

Dott. Alfio Merennino Servizio Infermieristico Aziendale

Dott.ssa Concetta Barbagallo Servizio Infermieristico Aziendale

Dott.ssa Concettina Gerbino Servizio Infermieristico Aziendale

Dott.ssa Caterina Meraviglia Servizio infermieristico D. O. CT3

Dott. Gesualdo Scimonelli Servizio Infermieristico Aziendale D. O. CT3

Dott. G. Munzone U. O. Sistema Qualità Aziendale

Verifica

Dr. Alfio Cristaudo Referente U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dr. Domenico Barbagallo Direttore Sanitario

Ratifica

Dr. Gaetano Sirna Commissario Straordinario

La presente procedura è l'edizione 0 rev. 00 del 31/12/2012

Indice

PREMESSA	pag.3
1.SCOPO	pag.3
2.CAMPO DI APPLICAZIONE	pag.3
3.RIFERIMENTI	pag.3
4.TERMINI E DEFINIZIONI	pag.3
5. DIAGRAMMA DI FLUSSO	pag.3
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	pag.4
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	pag.4
7.1 Modalità di compilazione	pag.4
7. 2 Valutazione iniziale del Paziente	pag.4
7. 3 Pianificazione infermieristica.....	pag.5
7.4 Attuazione dell'assistenza	pag.5
7.5 Rivalutazione del Paziente	pag.5
7. 6 Scheda di dimissione infermieristica	pag.5
8. INDICATORI	pag.5
9.GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	pag.5
10. ARCHIVIAZIONE	pag.5

Premessa:

La documentazione infermieristica è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile il processo d'assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale (Profilo Professionale Infermiere D.M. 739/94), ovvero l'infermiere:

- a) Partecipa all'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 i risultati dell'assistenza infermieristica erogata;
- d) Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

1. SCOPO:

Scopo della presente procedura è quello di adottare un'omogenea compilazione della documentazione infermieristica.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE:

La presente procedura si applica in tutte le Unità Operative delle strutture di ricovero aziendali, sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri in regime di Day Hospital, di Day Surgery e One Day Surgery

3. RIFERIMENTI:

- UNI-EN-ISO 9001:2008
- Profilo Professionale Infermiere D.M. 739/94
- D.P.R. 384 del 1990
- Legge 42 del 26/02/1999
- Linee Guida "la documentazione infermieristica"(Settembre 1999)
- Decreto Assessoriale Sanità Regione Sicilia del 12 Agosto 2011
- Standard JCI per l'ospedale e la sicurezza del paziente
- Modello delle Prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli

4. TERMINI E DEFINIZIONI

ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
PO	Presidio Ospedaliero
U.O.	Unità Operativa
S.I.A.	Servizio Infermieristico Aziendale

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Non necessario

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	INFERMIERE	COORDINATORE INFERMIERISTICO
Accettazione paziente	R	R
Dati anagrafici	R	R
Valutazione iniziale dei bisogni	R	R
Rilevazione/prescrizione parametri vitali	R	R
Medicazioni	R	R
Rilevazione/registrazione scale valutazione	R	R
Valutazione finale	R	R
Scheda di dimissione/ trasferimento	R	R
Conservazione Documentazione	R	R

R = Responsabile

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La documentazione infermieristica, parte integrante della Cartella Clinica, è composta da:

1. Anagrafica per l'identificazione del Paziente secondo procedura
2. Diario Infermieristico per la valutazione iniziale del Paziente
3. Pianificazione dell'assistenza: utilizzo schede Braden, Barthel, Conley, Vas
4. Attuazione dell'assistenza secondo il metodo "Cantarelli"
5. Rivalutazione del Paziente
6. Scheda di dimissione

7.1 MODALITÀ DI COMPILAZIONE

La documentazione infermieristica deve essere correttamente compilata in tutte le sue parti. Le registrazioni devono riportare la data, l'ora e la firma identificabile dell'operatore. Eventuali correzioni devono essere fatti incorniciando l'oggetto di rettifica con l'annotazione aggiuntiva "DELETA", recante data, orario e firma di chi la fa. È vietato usare metodi di cancellazione, come bianchetto o scolorine, che non rendano visibile la scritta sottostante. L'utilizzo di simboli o abbreviazioni è concesso se concordato da tutta l'equipe e riportati in una legenda inserita in cartella.

7.2 Valutazione iniziale del paziente:

L'infermiere valuta:

- Lo stato emotivo/mentale
- La presenza di eventuale handicap (sensoriale e/o motorio)
- L'orientamento del paziente nel tempo e nello spazio
- Le eventuali protesi e/o presidi medico-chirurgici
- La presenza del dolore e l'eventuale localizzazione
- Le abitudini e/o le problematiche relative all'eliminazione urinaria e intestinale
- Le abitudini relative al sonno/riposo

- La capacità motoria ed eventuale rischio di caduta
- L'integrità cutanea

7.3 Pianificazione Infermieristica

Il piano di assistenza precisa gli interventi infermieristici specifici di competenza, i trattamenti e le procedure diagnostico/terapeutiche prescritte dal medico e contiene:

- La data di apertura
- Il bisogno identificato
- L'obiettivo identificato
- Descrizione degli interventi
- Valutazione dei risultati ottenuti

7.4 Attuazione dell'assistenza:

Il diario infermieristico deve essere aggiornato e firmato ogni qualvolta si registri o si esegua un atto assistenziale. Per la somministrazione della terapia si utilizza la Scheda Unica di Terapia. Nel diario giornaliero devono essere riportate le reazioni del paziente e l'eventuale rifiuto a sottoporsi agli atti assistenziali che devono essere registrati e segnalati nella documentazione.

7.5 Rivalutazione del Paziente

L'infermiere rivaluta il Paziente in funzione degli obiettivi da raggiungere servendosi degli appositi schede.

7.6 Scheda di dimissione infermieristica:

La scheda di dimissione deve essere compilata accuratamente in tutte le sue parti ed è complementare alla lettera di dimissione.

8. INDICATORI

Dimensione della Qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Qualità organizzativa	Completezza Rintracciabilità	N° di schede infermieristiche redatte in maniera completa / N° di cartelle cliniche	>95%

9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla PGQ-8-01 "Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità e degli eventi avversi" e registrate sui moduli M_PGQ-8-1_01 "Rapporto di Non Conformità". e M_PGQ- 8-01-02 "Registro delle Non Conformità".

10. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura viene archiviata dall'U.O. Sistema Qualità Aziendale e dal Referente Qualità/Rischio Clinico delle UU. OO. Interessate.

11. DOCUMENTI RICHIAMATI

M_PGS-SIA-07-01

"Modulo documentazione infermieristica"



**PROCEDURA
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE
INFERMIERISTICA**

PGS- S.I.A. -7-01

**Ed. 0 Rev. 00
Data 31/12/2012**

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

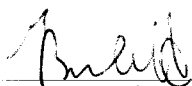
Emissione

Data

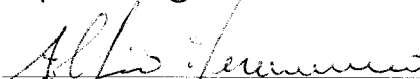
31/12/2012

Redazione

Dott. Francesco Barletta



Dott. Alfio Merennino



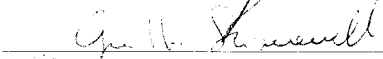
Dott.ssa Concetta Barbagallo



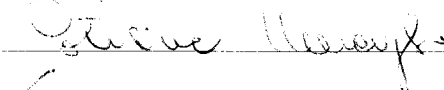
Dott.ssa Concettina Gerbino



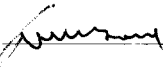
Dott. Gesualdo Scimonelli



Dott.ssa Caterina Meraviglia



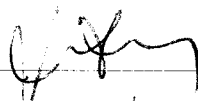
Dott. Giuseppe Munzone



Verifica

13/05/2013

Dr. Alfio Cristaudo

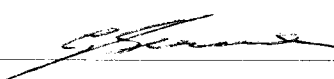


Approvazione

16/05/2013 / Barbagallo

Dr. Domenico Barbagallo

Ratifica

16/05/2013 

Dr. Gaetano Sirna