



A.S.L. TO4
Azienda
Sanitaria Locale

Azienda Sanitaria TO4

CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Cartella infermieristica – marzo 2011

La cartella infermieristica allegata viene fornita per la produzione di un carteggio parallelo a quello in uso con i seguenti obiettivi:

- stimolare la redazione della pianificazione assistenziale utilizzando le diagnosi infermieristiche
- utilizzare i modelli funzionali di Gordon per l'accertamento infermieristico

Il carteggio consegnato prende spunto da diversi progetti e sperimentazioni aziendali. Si ringraziano quindi tutti gli infermieri che in diversi contesti hanno partecipato alla redazione e alla sperimentazione di parte di questa cartella.

Note esplicative sui fogli consegnati

La cartella fornita agli studenti si compone attualmente delle seguenti parti:

Dati anagrafici:

Anamnesi infermieristica: ha lo scopo di fornire la situazione dell'utente prima dell'evento acuto o del peggioramento della situazione clinica che sta alla base della sua presa in carico

Primo accertamento:

E' un accertamento infermieristico effettuato seguendo i modelli funzionali identificati da M. Gordon. Accompagnato ad un esame obiettivo testa-piedi e alla valutazione della documentazione dell'assistito dovrebbe fornire tutti gli aspetti dell'utente che si sta prendendo in carico. Nella maggior parte delle voci presenti all'interno del modulo esiste solo la segnalazione della presenza o dell'assenza del segno e del sintomo. Eventuali dati aggiuntivi sono da riportare all'interno della documentazione specifica che si produrrà successivamente.

Esempio: la rilevazione di una lesione all'interno del cavo orale, in questa sezione evidenziata soltanto contrassegnando la casellina, dovrà essere documentata e diventare oggetto di un processo assistenziale scritto nel foglio di diagnosi infermieristica.

Questo accertamento non è stato costruito espressamente per un reparto e quindi molti dei dati presenti non saranno utili alla raccolta dei dati in un ambito specifico. Saranno da raccogliere solo le voci ritenute utili per indagare l'utente in carico.

Riepilogo:

ha lo scopo di fornire un quadro complessivo della situazione dell'utente. Contiene le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi "aperti".

La simbologia utilizzata è:

X alla data dell'apertura della diagnosi

- un tratto continuo lungo tutto il periodo in cui la diagnosi è aperta

// sulla data in cui la diagnosi viene chiusa

• sulla data in cui vengono scritti nuovi elementi sulla diagnosi

questo tipo di simbologia dovrebbe garantire un quadro sempre aggiornato della situazione dell'utente e la consultazione della documentazione nel momento in cui vengono aggiunte nuove informazioni

Diagnosi infermieristica:

il foglio viene utilizzato per ogni diagnosi infermieristica o problema collaborativo per il quale sia necessario formulare l'obiettivo assistenziale. Nella diagnosi infermieristica devono trovare posto obbligatoriamente:

- il titolo, in una due o tre parti a differenza della diagnosi identificata;
- gli obiettivi, misurabili e temporizzati, riferiti alla scala di valutazione utilizzata nell'area della manifestazione;
- la pianificazione;
- l'attuazione mediante gli interventi;
- la valutazione.

Per la valutazione iniziale della diagnosi, se non sarà sufficiente l'esplicazione dei segni e sintomi presenti all'interno del titolo si potrà fare riferimento ai dati dell'accertamento o si potranno riportare informazioni aggiuntive sulla colonna di verifica.

Diagnosi infermieristica: compromissione del comfort: dolore.

E' stato redatto un foglio specifico per il dolore che presenta sulla parte frontale la valutazione qualitativa del dolore e sulla parte posteriore una griglia per annotare le variazioni del dolore rilevate attraverso l'uso della scala numerica verbale.

Parallel charting:

Prendendo spunto da un'esperienza di Rita Charon della Columbia University si introduce questo foglio per completare la "lettura" clinica dell'utente con una di stampo narrativo. Non tutte le informazioni che riceviamo o che osserviamo sono oggetto di una valutazione attraverso scale o di una segnalazione che prevede la formulazione di obiettivi. Questo foglio ha quindi lo scopo di evidenziare il vissuto di malattia dell'individuo e la lettura che egli dà alla malattia attraverso le impressioni, i commenti, i pezzi di storia narrata. Ovviamente la scelta dei frammenti e la loro trascrizione passano attraverso il filtro dell'infermiere che osserva e ritiene degno di attenzione un particolare tratto di vissuto. Il foglio dovrebbe completare l'informazione più asettica

derivante da una lettura dei segni e dei sintomi che spesso lascia poco spazio agli aspetti di contesto.

Il foglio è strettamente legato alla narrazione dei vissuti e non vuole sostituire la certificazione cronologica clinica dell'utente

La cartella fornita non può essere considerata completa. Manca lo spazio per evidenziare:

- il programma di cura,
- gli eventi estemporanei che non necessitano di una pianificazione ma che è necessario segnalare
- esami ematici e strumentali
- tutta la documentazione inerente la terapia prescritta e la certificazione della sua somministrazione

Parte dei dati non riusciranno quindi a trovare una collocazione all'interno della cartella. Essendo comunque una documentazione parallela ed orientata alla pianificazione assistenziale non riteniamo indispensabile la completezza delle informazioni presenti rispetto agli ambiti dei fogli mancanti