

## Cartella infermieristica

La cartella infermieristica del Corso di laurea viene fornita per la produzione di un carteggio parallelo a quello ufficiale in uso nei servizi, con i seguenti obiettivi:

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

## Note esplicative

La cartella fornita agli studenti si compone delle seguenti parti:

**Dati anagrafici:**

**Primo accertamento:**

E' un accertamento infermieristico effettuato seguendo i modelli funzionali identificati da Marjory 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 nel foglio dedicato alle ulteriori note anamnestiche oppure 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 punti presenti potrebbero non risultare utili alla raccolta dei dati in un ambito specifico. Per tale motivo si potranno raccogliere solo le voci ritenute utili per indagare l'utente in carico.

**Note ulteriori anamnestiche:** hanno come scopo principale il fornire la situazione dell'utente prima dell'evento acuto o del peggioramento della situazione clinica che sta alla base della sua presa in carico.

**Riepilogo diagnosi infermieristiche:**

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

**Riepilogo Rilevazioni – Presidi:**

ha lo scopo di fornire un quadro complessivo della situazione dell'utente.

La simbologia utilizzata è:

X alla data del posizionamento del presidio o della monitorizzazione del parametro

- un tratto continuo lungo tutto il periodo in cui il presidio è presente o la monitorizzazione è attiva

// sulla data in cui il presidio viene rimosso o la monitorizzazione sospesa

• sulla data in cui vengono scritti nuovi elementi

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, la definizione, la correlazione e le manifestazioni della stessa;
- la pianificazione degli obiettivi (tempo verbale futuro), misurabili e temporizzati, riferiti alla scala di valutazione utilizzata nell'area della manifestazione;
- la pianificazione degli interventi (tempo verbale infinito): tutti quegli interventi che si attueranno per far raggiungere all'assistito il suo obiettivo;
- l'attuazione degli interventi (tempo verbale participio passato), quelli realmente messi in atto in quella data a quell'ora;
- la verifica dell'intervento;
- la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo della persona assistita.

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, la cui trascrizione passa attraverso il filtro dell'infermiere che osserva e ritiene degno di attenzione un particolare tratto di vissuto. Il foglio dovrebbe dunque 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.

N.B. 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 si ritiene indispensabile la completezza delle informazioni presenti rispetto agli ambiti dei fogli mancanti.