

RIVALUTAZIONE - CARTELLA VULNOLOGICA

RIVALUTAZIONE ???

L'IMPORTANZA DI RACCOGLIERE
I DATI CON METODO

PERCHÉ DOCUMENTARE IL PROPRIO INTERVENTO ?

4.7 l'Inf. garantisce la continuità
assistenziale anche attraverso l'efficace
gestione degli strumenti informativi

- Autotutela della propria "buona pratica"
- Continuità assistenziale
- Uniformità di tecniche e linguaggio
- Atteggiamento trasparente e professionale verso il paziente

CARTELLA VULNOLOGICA

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi...”. L’agire, per quanto corretto, non è sufficiente se non supportato dalla documentazione su cartelle cliniche, cartelle infermieristiche o cartelle vulnologiche specifiche.

CARTELLA VULNOLOGICA

CARATTERISTICHE

- SEMPLICE DA COMPILARE
- DOMANDE CHIUSE PER EVITARE SOGGETTIVITA' DESCRITTIVA
- MULTIDISCIPLINARE

La compilazione di una cartella clinica, di per sé obbligo per il sanitario, costituisce, se opportunamente redatta, una facile guida nel percorso individuato precedentemente. Deve quindi rispondere alle caratteristiche descritte nella slide precedente.

La nostra proposta considera una prima valutazione di tipo generale, quindi una analisi locale di ferita.

CARTELLA VULNOLOGICA

DATI ANAGRAFICI

ANAMNESI PATOLOGICA:

(principali patologie riconosciute come causa di rallentamento della cicatrizzazione)

TERAPIA: generale

DOLORE con scala numerica

PARAMETRI INDIVIDUALI: PESO, PAO, FC (R./AR), HGT

CONDIZIONI GENERALI: idratazione, mobilizzazione, alimentazione, presenza di presidi anti-decubito

Valutazione generale

- Dati anagrafici
- Anamnesi patologica (principali patologie riconosciute come causa di rallentamento della cicatrizzazione)
- Terapia (generale, assunta per le patologie correlate)
- Dolore (con scala numerica da 0a 10 indicando il dolore durante la medicazione e non)
- Parametri vitali di base (peso, PAO, Freq. cardiaca, Freq. respiratoria, temperatura, Sat O2, glicemia basale)
- Condizioni generali (idratazione, alimentazione, mobilizzazione, presenza di presidi antidecubito)
- Allergie (a medicazioni locali, a farmaci, a metalli)

Valutazione locale

- Durata della lesione (permette di definire se si tratta di una lesione cronica in quanto perdura da oltre 6 settimane e ci può dare una idea di prognosi)
- Modalità di comparsa (può essere importante capire se l'insorgenza è stata subdola o accompagnata da dolore intenso, se è avvenuta in seguito ad un evento traumatico, o in quanto tempo si è formata)
- Dimensioni della lesione
- Sede della lesione (la sua collocazione sul corpo può darci indicazioni per fare una diagnosi etiologica della lesione stessa:arteriosa, decubito, venosa hanno caratteristiche e sedi di insorgenza differenti)
- Ipotesi diagnostica (che dovrà essere in seguito supportata da esami diagnostici che ne confermino l'origine)
- Trattata con (trattamenti eseguiti fino ad ora)

Diario clinico schematico ed interattivo (Fig. 7)

La compilazione dello schema seguente permette una visione d'insieme sintetica che guida nella scelta della medicazione evidenziando il bisogno fondamentale della lesione.

DIARIO CLINICO						
CUITE PERILESIONALE	BORDO	FONDO		ESSUDATO		DIMENSIONI
Integra	Attivo	A	B	0	1	Riduzione Stazionaria In aumento (misura in cm)
Macerata	Piantato	C	D	2	3	
Flegmasica	In Estensione					
Secca						
OBIETTIVO		Secondo WBP				
MEDICAZIONE		Indicare la tipologia scelta				
WEAR TIME		IN BASE AL PRODOTTO SCELTO Da 1 a 7 giorni				
TERAPIA SISTEMICA		VALUTAZIONE MEDICA IN BASE ALLE CONDIZIONI GENERALI – compenso metabolico – atb sistemico				
DOLORE		N° (scala NRS) PRODOTTO IDONEO – TECNICA ATRAUMATICA				
OSSERVAZIONI		VALUTAZIONE GENERALE DEL PAZIENTE				

(Fig. 7)

La compilazione del diario clinico dovrebbe avvenire ad ogni cambiamento della lesione o variazione di terapia locale, ricordando che dopo 15 giorni di trattamento infruttuoso è necessaria una rivalutazione.