

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA IN PUERPERIO

Preparato da *Gruppo di lavoro Reparto Puerperio*

Responsabile Reparto Puerperio
Prof.M. Gangemi

Approvato da *Referente LR 22/02*
Dr. C.Saccardi

Referente LR 22/02
Coordinatrice N.Marchi

Approvato da *Direttore UOC – GO*
Prof.G.B.Nardelli

Data *12.10.2011* **Rev** *00*

INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI
- 4.0 GLOSSARIO
- 5.0 RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVE:
 - 6.1 Ammissione in reparto
 - 6.2 Dimissione dal reparto
- 7.0 TEMPI D'ATTUAZIONE
- 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 9.0 ALLEGATI

Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

MEDICI: Nardelli G.B., Gangemi M.

INFERMIERE PUERPERIO: Angeli C., Biscotto F., Braghetto S., Brandalese L., Cecchinato S., Conficconi C., Donà V., Favero L., Ferrato L., Gamba M., Lapesa A., Rossetto C., Saccardo O., Springolo C., Tacchetto B., Uberti N., Marchi N.

OSS: Mogno E., Salviato D., Soppelsa F.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

2.1 SCOPO:

Il presente documento è stato elaborato per uniformare i comportamenti di infermiere e Oss nella gestione della documentazione clinica della paziente ricoverata c/o il 2° piano della Ost. Gin..

Le indicazioni contenute sono finalizzate alla realizzazione di un sicuro percorso assistenziale durante tutta la degenza.

Il presente documento definisce ed esplicita le attività tecniche ed assistenziali da attuare per la corretta gestione della documentazione clinica al fine di custodire con ordine, completezza, tracciabilità e sicurezza ogni referto, registrazione, dato relativo al ricovero di ciascuna c/o il Puerperio della Clinica Ostetrica

2.2 CAMPO D'APPLICAZIONE:

La procedura si applica nell'unità operativa di Puerperio Clinica Ostetrica del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Tutto il personale medico e del comparto è responsabile della corretta gestione e conservazione della documentazione clinica sia che si tratti di ricovero ex novo che di trasferimento da altra U.O.

La presente procedura viene applicata a tutte le degenti sia della Cl.Ost. che dell'Ost.Gin. con ricovero ordinario e qualunque onere.(SSN, Dozzinante, Albergante).

RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Profilo professionale dell'Infermiere D.M. 14 settembre 1994, n. 739.
- Patto Infermiere Cittadino 12 maggio 1996
- Profilo professionale dell'operatore Socio Sanitario: CONFERENZA STATO REGIONI Seduta del 22 febbraio 2001
- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- Prevenzione infezioni ospedaliere: CIRCOLARE MINISTERO SANITA' N. 52/1985 E N.8/1988 "PIANO SANITARIO NAZIONALE" 1998-2000.
- Decreto Legislativo 626 DEL 19/9/1994 INTEGRATO DAL DL 19/3/1996 N.242 E MODIFICATO DAL DL N.66 DEL 25/02/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE SINO AL 28/8/2003 PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI, RECEPIMENTO DIRETTIVE 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE.

4.0 GLOSSARIO

AOP = Azienda Ospedaliera Padova

ASA = scala rischio anestesilogico

Rev. 00 del 12.10.2010

Pag X di Y

BARTHEL = scala di valutazione autonomia della persona ricoverata
GALILEO: software applicativo gestionale per la conservazione e condivisione di dati dei degenti c/o una U.O. AOP
I.O. = Istruzione operativa
NST = non stress test
SDO = scheda dimissione ospedaliera
SIT = servizio immunotrasfusionale
SSN = Servizio Sanitario Nazionale
SSI = programma informatico in uso c/o Az.Osp. Pd per la gestione dei ricoveri. Indagini diagnostiche, attivazione servizi vari (servizi sociali, gestione pasti,...)
STP = tessera sanitaria per gli stranieri temporaneamente presenti nel territorio nazionale
U.O. = unità operativa
TC = taglio cesareo
TCI = test di Coombs indiretto per verificare l'efficacia dell'immunoprofilassi Rh (per evitare isoimmunizzazione nel caso in cui la mamma sia Rh NEG. ed il neonato Rh POS).

5.0 RESPONSABILITA'

L'Infermiere Coordinatore collabora alla stesura, diffusione ed applicazione della presente procedura.

Il personale infermieristico e gli operatori di supporto collaborano alla stesura e corretta applicazione della presente procedura

6.0 MODALITA' OPERATIVE

6.1 – AMMISSIONE IN REPARTO

A - Se il ricovero avviene direttamente in Puerperio, controllare la correttezza di tutti i dati prima di inserirli nei vari campi previsti dal programma SSI (chiederne espressa conferma alla degente);

- controllare data scadenza tessera sanitaria o STP;
- se la sig.ra viene da Paese non convenzionato con il nostro SSN, compilare e far firmare alla degente il modulo di "assunzione di spesa" (cartolaio grigio n.2 prima anta guardiola), faxarlo al 3911 e conservare l'originale in cartella;
- specificare il domicilio se diverso da quello di residenza o se la sig.ra è residente all'estero (anche se non compare nella copia cartacea della SDO, viene comunque registrato in Accettazione Amministrativa e al Controllo di Gestione);
- se i dati di residenza o domicilio sono cambiati ma non è stata modificata la tessera sanitaria o l'STP, accettare quelli che risultano dall'anagrafe sanitaria di SSI (in caso di più

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO.....

posizioni per la stessa persona, i dati corretti sono quelli che compaiono scritti in blu perché già validati).

- in caso di ricovero per TC programmato, poiché i dati vengono automaticamente attinti da quelli inseriti per predisporre la lista d'attesa, controllare attentamente la diagnosi riportata e se difforme, inserire quella del verbale di ricovero (NON devono comparire diagnosi che violino la privacy, ne' nomi di medici che non sia quello di chi ha provveduto al ricovero).
- l'ora di ricovero deve essere quella del verbale cartaceo (il computer inserisce automaticamente l'ora reale delle operazioni di registrazione informatica!).
- in caso di errori di inserimento dati, compilare il modulo di richiesta copia della SDO (2° cassetto in guardiola) \ (all.n.1), specificare che la copia corretta deve essere inoltrata al "Puerperio, 2° p Div Ost.", faxarlo al n.3911, stampare sul retro la ricevuta di invio e riporlo in cartella.

Inviare ad "Accettazione Amministrativa", in busta chiusa, la SDO errata.

Registrare nella sezione "entrata" il cognome e nome completi

- * nel librone del movimento in guardiola,
- * nel quaderno del movimento per turno di lavoro in infermeria,
- * nel modulo da faxare ogni giorno al 1° p. Cl.(n.3415)
- * nello stampato specifico per movimento dozzinanti/alberganti (fax 8117) (all. n.2).

Annotare i dati nel tabellone presenze di guardiola, di infermeria e di cucina.

B - Leggere sempre l'anamnesi in cartella clinica e, se si tratta di puerpera, porre attenzione alla descrizione del parto.

C - Verificare la presenza del verbale di ricovero (SSN, dozzinante o albergante): se mancante predisporre promemoria e inserirne copia intestata in prima pagina per farla compilare il prima possibile al medico.

Se il ricovero è a regime dozz./alb. fare due copie del verbale compilato e consegnarne una alla degente, per provvedere alle opportune pratiche burocratiche c/o l'ufficio "paganti in proprio", e l'altra custodirla nel raccoglitore rosso in guardiola per la gestione dei ricoveri dozz./alb. (a breve darà pronta anche la specifica IO)

D - Accertare la presenza del foglio "Privacy" compilato e se mancante, provvedervi (per le degenti straniere ricorrere ai moduli tradotti nelle principali lingue straniere custodite nel 1° cassetto cartolaio per giro medici) (all. n.3).

E - Se la degente è straniera inserire la fotocopia di un documento di riconoscimento.

F - Riordinare nella cartellina di cartoncino colorato ogni foglio , in ordine cronologico così che i più recenti siano subito visibili, collocando a

destra tutti i referti di analisi di laboratorio (Medicina di Laboratorio, SIT, Microbiologia,....)

sinistra tutto il resto (certificati ricovero, ecografie, consensi vari, NST custoditi in busta di adeguata misura, consulenze,...).

- tenere separati i referti personali di accertamenti effettuati al di fuori dell'attuale ricovero e restituirli alla dimissione.

G - Verificare la completezza del rapporto operatorio (firma dell'operatore) e pinzarlo, assieme al modulo di conta delle garze, all'interno della cartella medica sulla pagina di destra.

H - Accertare se tra la documentazione esistente c'è :

- la determinazione del **gruppo sanguigno prodotto dal SIT**, e registrare il dato in grafica e cartella infermieristica.

Se mancante cercare se archiviato in Galileo e inserirla in cartella clinica o programmarne l'esecuzione nel più breve tempo possibile (IO "Gestione indagini su liquidi biologici" a breve completata);

- l'accertamento **sierologico per HIV, VBV, HCV, TPHA** completo e non più vecchio di tre mesi dalla data ricovero: se mancante cercare eventuali dati utili in Galileo o programmarne l'esecuzione nel più breve e rapido modo (anche urgente se necessario).

I - Verificare che sia stata definito il punteggio della scala Barthel (all. n. 4) al momento del ricovero: se mancante scrivere nell'apposita prima colonna "non eseguita all'ingresso";

- in caso di ricovero per TC programmato, scrivere nella seconda colonna, quella della valutazione intermedia, la data in cui si dovrà fare la rilevazione.

L - Valutare se, in caso di TC, è stata effettuata la consulenza anestesologica e trascrivere il valore "ASA" nell'apposito campo della SDO (in basso a dx); se non è stato determinato barrare il campo per documentare che il dato è stato considerato ma non è disponibile;

- accertarsi inoltre che non ci siano prescrizioni/trattamenti da effettuare prima dell'intervento: analisi del sangue, terapia farmacologica preparatoria, richiesta di sacche di sangue,...

M - Completare la compilazione della cartella infermieristica riportando:

* la lingua parlata , se diversa dall'italiano, e attivarsi per la specifica mediazione culturale, valutando se è necessario sia urgente (entro 3 ore) (all. n. 5)

* titolo di studio, se mancante nella SDO (il programma SSI non consente la dimissione se il dato non è registrato)

* corretto n. telefonico della degente e di una persona per lei significativa di riferimento

* gruppo sanguigno materno solo se effettuato c/o il SIT dell'AOP

* allergie/ intolleranze a farmaci, alimenti, altro

* altre patologie o problemi di salute.

- N** - Controllare e completare i dati riportati in grafica:
- * cognome e nome (meglio apporre etichetta di ricovero)
 - * n. di posto letto assegnato
 - * gruppo sanguigno materno
 - * predisporre lo spazio per la trascrizione di quello funicolare quando disponibile
 - * timbro per la valutazione del dolore.

O - Attaccare un foglio di registrazione terapia farmacologica apponendo etichetta identificativa all'ultima pagina della cartella infermieristica (all. n. 6)= e riportare , con molta chiarezza, tutte le prescrizioni , una per riga nelle specifiche sezioni: nome del farmaco, dose e numero di somministrazioni, via ed orari di assunzione.
Nel caso la degente debba utilizzare farmaci personali, registrarli comunque in scheda e segnalare con la scritta "personali".

Al termine del giro medici, a fine mattinata, pinzare in cartella i referti recentemente acquisiti.

6.2 – DIMISSIONE DAL REPARTO

A - Verificare che la dimissione della mamma sia confermata: concorde con quella del neonato o rispondente volontà della degente.

- B** - Registrare nella sezione "uscita" il cognome e nome completi
- * nel librone del movimento in guardiola,
 - * nel quaderno del movimento per turno di lavoro in infermeria,
 - * nel modulo da faxare ogni giorno al 1° p. Cl.(n.3415)
 - * nello stampato specifico per movimento dozzinanti/alberganti (fax 8117)

Cancellare i dati dal tabellone presenze di guardiola, di infermeria e di cucina.

C - Riportare in SDO:

- * data e ora di dimissione
- * denominazione e codice giuridico dell'UO dimettente
- * modalità di dimissione (ordinaria, volontaria,trasferimento,...)
- * valori delle 3 rilevazioni di autonomia (scheda di Barthel):

se manca il dato all'ingresso non lasciare il campo vuoto ma barrarlo (dato considerato ma non disponibile);

il valore intermedio sarà quello del 2° giorno post operatorio in caso di intervento chirurgico (TC, isterectomia,..), quello iniziale se il ricovero è durato da 0 a 3 giorni, il finale se il ricovero si è protratto da quattro giorni o più;

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO.....

il finale sarà quello del giorno di dimissione; se però si tratta di auto dimissione, si dovrà trascrivere il valore della valutazione precedente

* attaccare in basso a dx un'etichetta identificativa

D - Riordinare nella cartellina di cartoncino la documentazione completa pinzando, con una sola graffetta:

* a sx, dove sono raccolti tutti i fogli che non sono referti di laboratorio, nell'ordine

- . la lettera di dimissione (data corretta!),
- . la dichiarazione di nascita o l'autocertificazione (se di degente straniera faxarla prima al n.2482 in Direzione Medica e stamparne il report d'invio sul retro) (all. n. 7),
- . il foglietto azzurro per ogni prestazione post degenza prescritta (all. n. 8),
- . la copia della ricetta dei farmaci post degenza che le utenti di ASL 15, 16, 17 possono ritirare gratuitamente all'Unità distribuzione diretta farmaci (atrio Monoblocco, dal lun. a ven. dalle 9.00 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 17.00, sab. solo mattina) (all. n. 9)

* inserire in cartella infermieristica la scheda Barthel se volante, i fogli di diario infermieristico, le altre schede infermieristiche per controlli glicemici, parametri vitali, bilancio entrate-uscite,...(all. n. 10) Pinzare la cartella infermieristica all'interno della grafica e inserirle nella cartellina di cartoncino.

* a dx pinzare tutti i referti di analisi eseguite durante il ricovero mettendo per primi quelli del gruppo sanguigno materno ed il funicolare,

E - Rendere alla degente ogni documentazione personale

F- Se durante la degenza sono state eseguite radiografie, consegnare le lastre alla sig.ra avendo cura di compilare e far firmare lo specifico stampato e riporlo in cartellina (sx) (all n.11)

G - Se sono prescritte analisi post degenza c/o il nostro laboratorio di V.S.Massimo, consegnare il foglio-istruzioni per prenotare data e ora d'esecuzione dell'esame così da non perdere tempo (all. n.12), registrare nell'apposito quaderno (1° anta in basso a dx in guardiola) la data di ricovero, cognome e nome della degente, tipo di analisi da eseguire (anche i TCI post immunoprofilassi Rh).
La cartella chiusa va riposta nella 1° anta in basso a dx in guardiola.

H - Le cartelle di ricoveri a regime dozzinante e albergante devono essere conservate separatamente dalle altre apponendo un bigliettino con richiesta ai medici di chiusura prioritaria (codici x DRG e firme responsabile).

I - Se sono prescritte consulenze o indagini strumentali in post degenza, la cartella chiusa va riposta nel cartolaio grigio in guardiola , accanto al telefono.

L - Le cartelle complete e chiuse vanno portate sulla scrivania in ambulatorio visite distinguendo quelle che sono da codificare da quelle cui mancano solo le firme del responsabile medico.

M - Quando le cartelle sono codificate, firmate e provviste del timbro del responsabile medico:

- * fotocopiare la SDO che va inviata in busta chiusa a "prestazioni sanitarie";
- * trascrivere nell'apposito quaderno (anta superiore sx del primo armadio in guardiola) data di ricovero, cognome e nome della degente
- * portare al 1° piano della Cl. per inserimento eventuale referto esami istologici
- * far firmare al ricevente a piè di lista nel quaderno per documentare la consegna.

**NON SI EFFETUANO FOTOCOPIE DI ALCUNA PARTE DELLA CARTELLA CLINICA:
SUGGERIRE LA RICHIESTA DI FOTOCOPIA DELLA STESSA E CONSEGNARE
SPECIFICA BROCHURE.**

7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

La presente procedura entra in vigore dal 12.10.2011.2011

8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- **IO AOP modalità compilazione SDO e relative modifiche (21.12.2009)**
- **Disposizioni rilevazione Barthel Index**

9.0 ALLEGATI

- All. n. 1 - modulo richiesta copia SDO
- All. n. 2 - modulo per movimento degenti dozz./alb.
- All. n. 3 - moduli consenso trattamento dati personali nelle principali lingue straniere
- All. n. 4 - scheda di Barthel per la rilevazione del grado di autonomia dell'assistito
- All. n. 5 - modalità per richiedere mediazione culturale
- All. n. 6 - scheda di registrazione terapia farmacologica e somministratore
- All. n. 7 - autocertificazione dichiarazione di nascita neonato
- All. n. 8 - fogli azzurri per accertamenti post degenza
- All. n. 9 - modulo prescrizione farmaci da ritirare a Unità distribuzione diretta
- All. n.10 - schede infermieristiche di monitoraggio parametri vari
- All. n.11 - modulo consegna immagini iconografiche