Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento

Distretto di _____

SCHEDA D'ACCESSO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'assistito/a ..... nato/a il .....

a .....C.F | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a ..... in via .....n.....

recapito telefonico .....necessita la seguente prestazione:

Terapia iniettiva ed infusionale

iniezione intramuscolare
iniezione sottocutanea
iniezione endovenosa
infusione di farmaci
(escluso farmaci che per la somministrazione è richiesta la presenza del medico)

Farmaco da somministrare _____
Posologia _____
Durata del trattamento _____

Farmaco da somministrare _____
Posologia _____
Durata del trattamento _____

Misurazione e monitoraggio della PA
Misurazione e monitoraggio della glicemia con prelievo capillare
Medicazioni ferite (non infette , infette , ulcere)
n. ... frequenza .....
cateterismo vescicole
Medicazione ileo-colonstomia e cambio del sacchetto di raccolta
Medicazione cannula endotracheale
Medicazione catetere venoso centrale
rimozione punti di sutura – sede anatomica_____

Istruzione ed educaz. autogestione stomie
Istruzione alla prevenzione lesioni cutanee
Istruzione all'autocontrollo della glicemia
Consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare

Altro _____

Altre indicazioni utili per il trattamento diagnostico ed eventuale allergie e/o patologie concominanti
.....
Il sottoscritto Dott..... si rende disponibile per eventuali necessità al numero telefonico e/o cellulare .....

Data .....

Firma e timbro del medico inviante

Consenso e privacy

Il sottoscritto .....dichiara che è stato informato sui trattamenti a cui sarà sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare da tali trattamenti che anche se attuati con perizia, prudenza e diligenza, non sono ragionevolmente esenti da un certo margine di rischio .

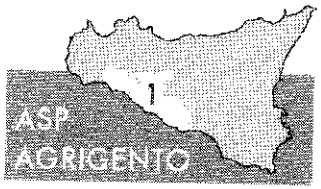
Altresì dichiaro di avere ricevuto le informazionidi cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati

data .....

Firma dell' utente

Spazio riservato all'Ambulatorio Infermieristico per accettazione e prenotazione della prestazione richiesta
Si comunica alla S.V. che la prestazione_____ richiesta viene prenotata come primo accesso per la data __/__/____ alle ore__:__ presso l'Amb. Infermieristico sito nel PTA o Poliambulatori di _____

Firma e timbro del responsabile
Ambulatorio Infermieristico



ALLEGATO 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento –
P.iva e C.F. 02570930848 -Tel 0922 442111

AGENDA DELLE PRENOTAZIONI AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Data	Cognome e Nome	C.F.	Recapito telefonico	Ora	Prestazione

REGISTRO GIORNALIERO UTENTI ALLEGATO 3

Giorno ..... Mese..... Anno ..... Ambulatorio Infermieristico Pag. N.

Numero	Cognome e Nome	Sesso	Età	C.F.	telefono	Tipo di prestazione	Data prenotazione	Note

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

CARTELLA INFERMIERISTICA

DISTRETTO SANITARIO di_____

Cartella Infermieristica. n° _____ **data di presa in carico**_____

Cognome_____ **Nome**_____

Luogo di nascita _____ **Il**_____

Residente in_____ **Via**_____ **Tel.**_____

Medico Curante Dr._____ **Ambulatorio Tel.**_____

Medico Specialista (**se inviato dallo specialista**)_____ **branca** _____

Familiare di riferimento _____ **Tel.**_____

Diagnosi d'accesso_____

Patolologie Presenti_____

Bisogni Infermieristici_____

Allergie:_____

Consenso e privacy

Il sottoscritto .....dichiara che è stato informato sui trattamenti a cui sarà sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare da tali trattamenti che anche se attuati con perizia, prudenza e diligenza, non sono ragionevolmente esenti da un certo margine di rischio .

Altresì dichiaro di avere ricevuto le informazionidi cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati

data .....

Firma dell' utente

CHIUSURA CARTELLA

Data _____ **Operatore**(firma leggibile)_____

Responsabile Ufficio Infermieristico

_____

RACCOLTA DATI

COMUNICAZIONE

°**Comprensione linguaggio**	□ si □ no	lingua parlata _____
• **Udito**	□ normoudente	□ ipoacusia □ sordità
• **Vista**	□ normovedente	□ riduzione visus □ non vedente
• **Condizioni psichiche**	□ tranquillo	□ irrequeto/ansioso

RESPIRAZIONE:

PARAMETRI	TIPOLOGIA	PRESENZA DI...	TRATTAMENTO O2
□ F.R. …….. □ SatO2 …….. □ caratteri del respiro Specificare ……	□ eupnea □ dispnea: da sforzo □ a riposo □ inspiratoria □ espiratoria □	□ si □ no **TOSSE** □ secca □ produttiva □ emoftoe	□ no □ si lt / min……

altro: ……

CIRCOLAZIONE E TESSUTI CUTANEI:

PARAMETRI	CUTE/MUCOSE	INTEGRITA' CUTANEA	PREV ENZIONE
□ F.C. …….. □ T.C. …….. □ P.A.O. …….. mmHg	□ normocromica □ pallida □ cianotica □ itterica □ integra	□ si □ no **LESIONI** Sede …… Tipo ……	Educazione Terapeutica

altro: ……

MOVIMENTO

MUOVERSI	POSTURA	PROTESI/AUSILI
□ autonomo □ con difficoltà □ non autonomo □ usa ausili/presidi Quali? ……	□ si □no **AUTONOMO** □ si □ no **PARESI**	□ si □ no **PROTESI** □ si □ no **AUSILI**

altro: ……

PRESIDI –AUSILI -PROTESI

PROTESI / PRESIDI	DRENAGGI :	CATETERE VENOSO CENTRALE	CATETERE VENOSO PERIFERICO	STOMIA :
□ Protesi visive □ Protesi dentaria mobile □ Protesi uditive □ Cannula di Guedel □ Tubo endotracheale tipo _____ n. _____ □ Pace Maker	□ Catetere vescicale □ altro_____ _____ _____	□ **Port a Cath** collocato il _____ □ **Hickam** collocato il _____ □ **Groshong** collocato il _____ □ _____	Tipo _____ collocato il _____	□ Colonstomia □ Ileostomia □ Tracheotomia □ Ureterostomia □ _____

DIARIO INFERMIERISTICO

DATA	ORA	Osservzazione e attivita' effettuale	Firma Operatore

Terapia Iniettiva:

Intramuscolare, Sottocute, Endovena, Fleboclisi.

DATA	ORA	Farmaco	Somministrato per via	Firma Operatore

MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI

DATA	Pressione arteriosa	Frequenza cardiaca	Frequenza Respiratoria	Altro

MONITORAGGIO GLICEMIA

DATA	ORA	Valore mg/dl	Valore Emoglobina Glicosinata

PRESTAZIONI EROGATE **Ambulatorio Infermieristico**

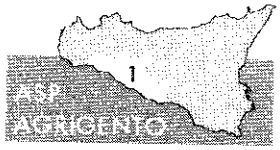
- **Anamnesi e valutazione dei bisogni**

Terapia educazionale

- **Medicazioni semplici e avanzate**
- **Medicazioni di Medicazioni di stomie**
- **Fasciature** semplici e bendaggio elastico
- **Rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali**
  - pressione arteriosa
  - frequenza cardiaca
  - frequenza respiratoria
- **Prelievo di sangue** venoso e capillare
- **Gestione cateteri vescicali**
  - irrigazione vescicale
  - sostituzione del catetere /disostruzione del catetere
  - educazione all'autocura
- **Terapia** -iniettiva - somministrazione di farmaci per via
  - endovenosa
  - intramuscolare
  - ipodermica
  - Aerosolterapia
- **Gestione catetere vascolare**
  - Irrigazione e disostruzione del catetere vascolare
  - disostruzione shunt arterovenoso
  - gestione port-a-cath

DIARIO APPUNTAMENTI

Ritorna Giorno	Ore



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Agrigento

Distretto _____

LIBRETTO

INFERMIERISTICO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Cartella infermieristica n. _____

PRESTAZIONI EFFETTUATE

GIORNO	PRESTAZIONE

MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI

DATA	Pressione arteriosa	Frequenza cardiaca	Frequenza Respiratoria	Altro

MONITORAGGIO GLICEMIA

DATA	ORA	Valore mg/dl

ASP AGRIGENTO 1

RIEPILOGO ACCESSI AMBULATORIO INFERMIERISTICO DISTRETTO DI

Nnumero cartella	Cognome e Nome	MEDICAZIONI SEMPLICI	RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA	MEDICAZIONE ULCERE CUTANEE	MEDICAZIONI COMPLESSE	BENDAGGIO ELASTICO	MEDICAZIONE ILEO-COLON STOMIA	MEDICAZ. CANNULA ENDOTRACHEALE	TERAPIA INTRAMUSCOLARE	TERAPIA SOTTOCUTANEA	TERAPIA ENDOVENOSA	RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI	EDUCAZIONE CARE GIVER	GESTIONE CATETERE VESCICALE	GESTIONE CATETERE VESCICALE	MEDICAZIONE C.V.C.	EDUCAZIONE SANITARIA	EMOGLUCOMETER	IRRIGAZIONI	PRELIEVO VENOSO	FOLLOW-UP	ALTRO

RAPPORTO AUDIT INTERNO		Documento: allegato n. Data di emissione:
DATA REDAZIONE: DATA	Area : AREA - FUNZIONE INTERESSATA	DATA INIZIO CICLO DI AUDIT :

DATA	AREA - FUNZIONE INTERESSATA	IL RESPONSABILE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	MOTIVO	DATA EFFETTIVA	DATA CHIUSURA
			Linee Guida			

DATA:	*IL RESPONSABILE DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO*