

WORKSHOP
Infermieristico FCSA
9 Maggio 2015

Organizzazione
di un Centro Trombosi

Antonella GRIECO

Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione
Direttore f.f. Dott.ssa Benilde Cosmi



OBIETTIVO

CREARE PERCORSI DIAGNOSTICO - ASSISTENZIALI

- ❑ FACILMENTE PRENOTABILI
e FRUIBILI
- ❑ FACILMENTE ACCESSIBILI
- ❑ SEMPLIFICATI
- ❑ ADEGUATAMENTE
SEGNALATI



CONSIDERANDO

- ❖ STRUTTURA AMBIENTALE
- ❖ RISORSE > UMANE e STRUMENTALI
- ❖ RISPETTO DELLE NORME INDICATE DALL'AZIENDA

NELLA NOSTRA U.O.

AMBULATORIO URGENZE

ACCESSO DIRETTO/ PS / altre U.O.

CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE

AMBULATORIO PRELIEVI

PROTOCOLLI DIAGNOSTICI PER TROMBOFILIE

AMBULATORIO VISITE

SOTA E FOLLOW-UP

ORARIO

PRECORSO PAZIENTE DEDICATO

PUNTO D'ACCOGLIENZA

PRESIDIATO DA PERSONALE
AMMINISTRATIVO AIPA



- ✘ INDICAZIONI SULLA STRUTTURA e ATTIVITA'
- ✘ INDIRIZZA L'UTENTE NEL PERCORSO IDONEO
- ✘ INDICAZIONI RISPETTO ALL' UBICAZIONE dei SERVIZI e UFFICI
ESTERNI ALL'U.O. e/o AZIENDA

PUNTO DI RIFERIMENTO IMPORTANTE PER I PAZIENTI TAO

AMBULATORIO URGENZE VASCOLARI

**Segreteria /
Accettazione**



**Richiesta del consenso al
trattamento
dei dati sensibili**

<small>RS17AMB Rev. 1 Pag. 1/1 Data di applicazione 31/07/2008</small>	AMBULATORIO URGENZE VASCOLARI Informazioni all'utente	<small>RS17AMB Rev. 1 Pag. 1/1 Data di applicazione 31/07/2008</small>
<small>Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare UO Angiologia e Malattie della Coagulazione Mio. Giulio - Palazzi</small>		

AMBULATORIO AD ACCESSO DIRETTO senza prenotazione

OGGI _____

Lei è la _____ persona da valutare

Nel caso lei si assenti durante l'attesa, la preghiamo di avvisare l'Infermiere Professionale dell'ambulatorio di competenza.

Tenga anche conto che l'Infermiere Professionale può modificare l'ordine di precedenza se si presentano pazienti critici.

Grazie della collaborazione.

Triage



Infermiera



**Informazioni
all'utente**

**Esame obiettivo del paziente
evidenza criticità
Personali / Cliniche**

**Osservazione continua durante
l'attesa**

- organizzazione del servizio
- tempi di attesa
- organizzazione del trasporto in ambulanza
- tipo e tempi tecnici di diagnostica



**Raccolta
dati**

- **DATI ANAGRAFICI**
- indirizzo
- recapito telefonico
- nome del MMG



Registrazione su programma informatico

- **gestione**

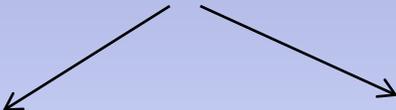
della documentazione clinica fornita dal paziente.

PRELIEVO

@ D-dimero

Prodotto di degradazione della fibrina

Frequentemente elevato anche in situazioni diverse dalla trombosi

- aumenta con l'età,
 - in gravidanza,
 - ferite chirurgiche,
- 
- lesioni cutanee,
 - ematomi,
 - pazienti oncologici

Un **VALORE NORMALE** consente di **ESCLUDERE** la presenza di TVP
se la probabilità clinica è **BASSA**

Valutazione medica utilizzando score del test di Wells

(Wells et al. Lancet 1997, modificato)

@ PLT , emocromo

@ Creatininemia

@ Bilancio emocoagulativo



Infermiera



Organizza il trasporto dei campioni ematici

Gestisce la stampa e la consegna
dei referti

SOMMINISTRAZIONE EBPM

- controllo della prescrizione medica > farmaco e dosaggio
- aiutare il paziente ad assumere postura corretta
- disinfettare la sede prescelta (fianchi, addome o altra sede)
- preparare la siringa predosata.

Realizzare una plica cutanea tra pollice e indice e mantenerla fino al termine dell'iniezione

- introdurre perpendicolarmente l'ago per tutto il suo spessore,
iniettare il farmaco e la bolla d'aria presente nella siringa
- **NON MASSAGGIARE LA CUTE**
- Registrare l'avvenuta somministrazione sul programma informatico
campo NOTE INFERMIERISTICHE



ELASTOCOMPRESSIONE

COME SI ESEGUE IL BENDAGGIO :

- La terapia elastocompressiva agisce applicando una pressione dall'esterno verso l'interno.



- Ha duplice scopo:

- 1) riduce il ristagno dei liquidi al livello extravasale
- 2) aumenta la velocità centripeta del flusso venoso ripristinando l'effetto monodirezionale garantito fisiologicamente dalle valvole venose.



- Riduzione dell'EDEMA
- Migliora l'ossigenazione e l'apporto nutrizionale ai tessuti
- Limita la progressione del trombo



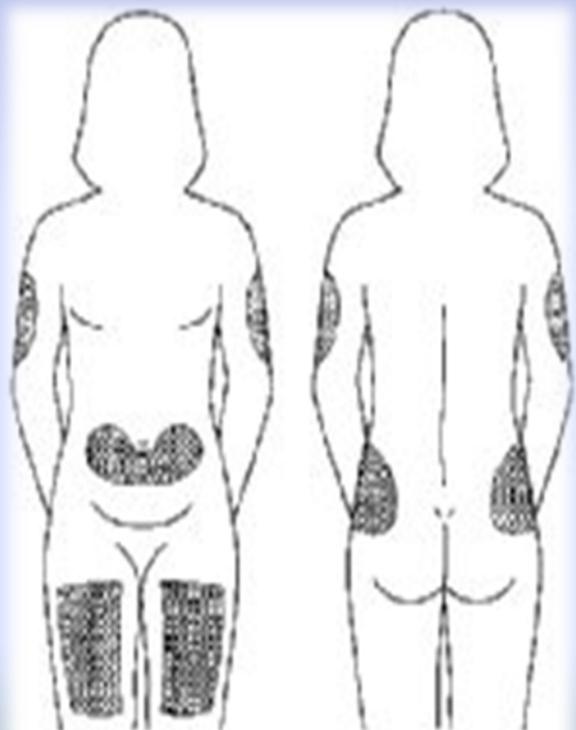
L'educazione terapeutica:

processo educativo che si propone di aiutare la persona malata, la sua famiglia ad acquisire e mantenere la capacità di gestire, in modo ottimale, la propria vita convivendo con la malattia.

**Educazione
Terapeutica**

**Addestramento:
Farmaco
come/quando**

TECNICA DELL'INIEZIONE



1



L'iniezione sottocutanea deve essere condotta, preferibilmente con il **paziente in decubito**, nel tessuto cellulare sottocutaneo della **cintura antero-laterale** o **postero-laterale** a destra e a sinistra alternativamente.

2



Le siringhe pre-riempite sono pronte per l'uso. **Non si deve quindi espellere l'aria** presente nella siringa prima dell'iniezione.

3



L'iniezione deve essere eseguita introducendo interamente l'ago, **perpendicolarmente** e non tangenzialmente, nello spessore di una plica cutanea, realizzata tra il pollice e l'indice dell'operatore sanitario.

4



La plica cutanea va **mantenuta per tutta la durata dell'iniezione**. Al termine della stessa **non** strofinare la cute, ma operare una lieve pressione sulla sede dell'iniezione.

Addestramento:
elasto compressione

Calze terapeutiche

Come si indossa la calza elastica

La parte più difficile per l'uso delle calze è, ottenere che **siano** **indossate e portate correttamente**

Il gambaletto deve coprire dalla base delle dita fin sotto il cavo popliteo, il monocollant dalla base delle dita fino all'innesto della coscia (inguine)



Può essere utile l'uso di guanti che aiutano la presa sul tessuto

Non ripiegare mai il bordo della calza in eccesso, ma far scorrere le eventuali pieghe fino a farle scomparire



Colloquio
informativo

Calze terapeutiche

Come si indossa la calza elastica

Per facilitare lo scorrimento della calza applichiamo il calzino di seta o di nylon fornito dal produttore



Non indossare anelli o bracciali

Unghie ben limate



La calza va indossata tutto il giorno e tolta alla notte



La calza va lavata in acqua fredda o tiepida non strizzata ed asciugata lontano da fonti di calore (asciugatrici/termosifoni)



CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE

Informazioni
all'utente

RICOVERO OSPEDALIERO

MEDICO SPECIALISTA

ALTRE STRUTTURE SANITARIE

Accettazione
Segreteria

<p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ENTITÀ SUBORDINATA Azienda Ospedaliero-Universitaria e Ospedale Policlinico S. Gerardo-Milanesi Dipartimento Cardio Toraco Vascolare Unità Operativa di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli" Responsabile Prof. Gualtiero Palareti</p>	<p>NOTA INFORMATIVA</p> <p>Accettazione dei NUOVI PAZIENTI in trattamento Anticoagulante Orale</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si comunica che gli utenti inviati al Centro per la Terapia Anticoagulante Orale dell'U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli" saranno accettati solo su prenotazione telefonica del reparto di dimissione/paziente
n° telefonico per interni 2279
n° telefonico per esterni 051/6362301 opzione 2
dalle ore 10,30 - 13,30

SI ACCEDE CON IMPEGNATIVA



Si ricorda che i pazienti dovranno essere muniti di:

- **Fotocopia** della lettera/re di dimissione e/o referto specialistico con indicazione al trattamento anticoagulante
- **Fotocopia** schema del trattamento anticoagulante somministrato durante la degenza e/o già eseguito al domicilio
- **Fotocopia** esami di laboratorio recenti (se in possesso)
- **Fotocopia** codice fiscale
- **Fotocopia** carta d'identità valida
- Documenti sanitari validi:
 - tessera sanitaria
 - eventuale TEAM card
 - esenzioni, se non presenti esenzioni valide verrà emesso ticket
- Elenco dei farmaci assunti
- Cognome nome del medico curante e n° telefonico
- Non è necessario il digiuno, è possibile assumere la terapia orale prima di eseguire il controllo dell'INR



✓ Il mercoledì non si accettano inserimenti.

✓ La documentazione deve essere fornita dall'utente o da un familiare o tutore

Si comunica che la scheda terapeutica viene consegnata lo **STESSO GIORNO** della presa in carico alle ore 13.30 **PREVIO** colloquio informativo/formativo infermieristico e medico sulla gestione della terapia anticoagulante orale.

Vi informiamo che tale percorso si rende necessario visto la peculiarità del trattamento, che deve essere gestito con la massima consapevolezza.

Grazie per la collaborazione

PUNTO D'ACCOGLIENZA

gestisce l'accesso all'ambulatorio prelievi:

organizzare l'accesso
e il
Percorso paziente



- ✦ **NUOVI INGRESSI**
- ✦ **URGENZE**
- ✦ **PREPARAZIONE ad ESAMI INVASIVI e/o INTERVENTI CHIRURGICI**
- ✦ **RIENTRI DOPO RICOVERO OSPEDALIERO**
- ✦ **FUORI GIORNO di PRENOTAZIONE**

il nostro CENTRO TAO

organizzare l'accesso
e il
Percorso paziente:



CP Angiologia dott. Palareti SOM
Centro Terapia Anticoagulante
U.O. di Angiologia e malattie della coagulazione
"Marino Golinelli"
Direttore Prof. Gualtiero Palareti
PAD.2 via Albertoni 15 - Bologna - Tel. 051.6362301

SOM - Angiologia 7.30-8.20
Num. progressivo: 35

B  B

SCHEDA PERSONALE PER IL DOSAGGIO DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE

Paz: B C n: 04/11/19 1

Telefono: 051

Cellulare:

Diagnosi: Trombosi venosa profonda arti inferiori

Range: 2.00 - 3.00

Prossimo controllo: 19/11/2013

Controllo del: 05/11/2013

Days settimanali: 22 75

organizzare l'accesso
e il
Percorso paziente

Ambulatorio prelievi

CP Angiologia dott. Palareti SOM SOM - Angiologia 7.30-8.20
Centro Terapia Anticoagulante Num. progressivo: 35
U.O. di Angiologia e malattie della coagulazione "Mariano Goliasini"
Direttore Prof. Gualterio Palareti
P.A.D.2 via Albertoni 15 - Bologna - Tel. 051 6362301

SCHEDA PERSONALE PER IL DOSAGGIO DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE

Paz: B C n° 04/11/19 1 Telefono: 051 Cellulare:
Diagnosi: Trombosi venosa profonda arti inferiori Prossimo controllo: 19/11/2013
Range: 2.00 - 3.00 Dose settimanale 33.75 mg
Controllo del: 06/11/2013 Inizio terapia: 23/10/2013
INR: 2.17 Farmaco: Coumadin 5 mg

		LUN 11 NOV	Una	LUN 18 NOV	Una
MAR 5 NOV	Una	MAR 12 NOV	Una		
MER 6 NOV	Una	MER 13 NOV	Una		
GIO 7 NOV	Tre quarti	GIO 14 NOV	Tre quarti		
VEN 8 NOV	Una	VEN 15 NOV	Una		
SAB 9 NOV	Una	SAB 16 NOV	Una		
DOM 10 NOV	Una	DOM 17 NOV	Una		

Da compilarsi da parte del paziente

1. HA ASSUNTO REGOLARMENTE L'ANTICOAGULANTE? SI NO

2. HA AVUTO NUOVE MALATTIE? SI NO

3. HA AVUTO EMORRAGIE? SI NO

4. HA SOSPESO O INIZIATO NUOVI FARMACI? SE SI, QUALI? SI NO

COMUNICAZIONI: _____

DATA: 06/11/2013

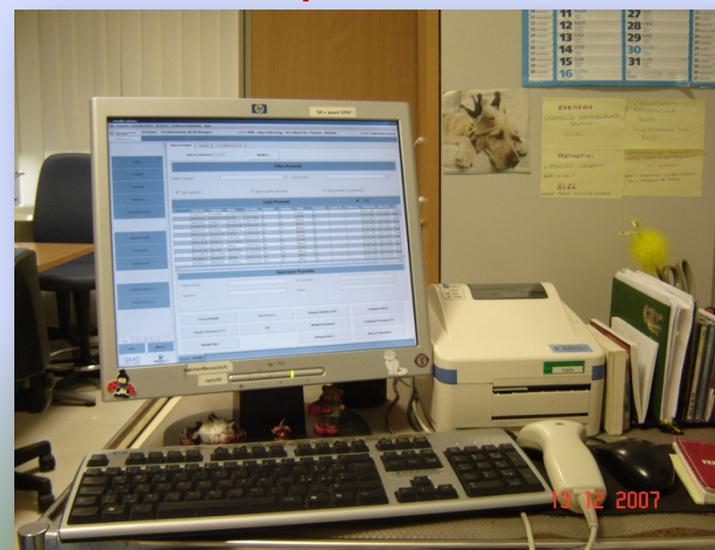
* La firma autografa e la verifica dell'elaborazione a stampa dei nominativi del soggetto responsabile ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. del 12-02-1993 n° 30



Raccolta
dati

CARATTERISTICHE DEL PROGRAMMA INFORMATICO

- FACILE USO
- CONTENERE L'ANAGRAFICA COMPLETA
- CONTENERE TUTTE LE INFORMAZIONI DELL'ANAMNESI BREVE
- UNIFORMARE IL LINGUAGGIO DI COMUNICAZIONE
- FACILMENTE ADATTABILE ALLE DIVERSE ORGANIZZAZIONI
- VELOCE DA COMPILARE



Ricerca **Paziente** Storia

Dati Paziente

Codice Fiscale Ha dato il consenso al trattamento dei dati Abilita campi mancanti o errati

Cognome Nome Sesso

Data Nascita gg/mm/aaaa Luogo Nascita

Data Decesso Codice STP

Stato Cat.Esenzione

Stampa foglio esenzione al salvataggio

Dati Residenza

Via Città CAP

Cittadinanza USL Residenza Usi Assistenza

Dati Domicilio

Via Città CAP

Telefono Cellulare FAX EMAIL

Note Org

Centro Prescrittore

Centro di riferim.

C rif secondario da a

Punto Prelievo

Centro prelievi

C prel secondario da a

Ritiro referto

Centro ritiro

Tipo ritiro Recapito

Rit. Ref. secondario da a

Tipo rit. secondario Rec. secondario

Compila e/o modifica i dati anagrafici del paziente

e conferma con il tasto Salva





Elenco Pazienti Opzioni TAOWEBGestioneRichieste_CTRL GestioneStampe Recupero INR

Data Accettazione 05/05/2015 Modifica...

Filtro Pazienti

Stato Campione Fascia Oraria Ref.Tao Centro Prescrittore

Tutti i pazienti Solo pazienti prenotati Solo pazienti non prenotati

Escludi ricerca

Lista Pazienti # : 1

Cod. F
LGASVT
BTTGB
BDNSR
BRTPT
BGGNT
CPZLR
CVLMD
CVZGP
CHBML
CHRMF
CRTMR
CSTDR
BLSEV

Data Nascita	Etichetta	Questionario	Stato	Referto	N. Accesso
07/08/1955	NO	NO	Atteso	Ricevuto	1
04/01/1941	SI	SI	Inviato	Ricevuto	6
25/11/1943	SI	SI	Inviato	Ricevuto	4
06/01/1932	SI	SI	Inviato	Ricevuto	4
30/03/1935	SI	SI	Inviato	Ricevuto	6
04/02/1938	SI	SI	Inviato	Ricevuto	6
01/08/1939	SI	SI	Inviato	Ricevuto	7
12/03/1933	SI	SI	Inviato	Ricevuto	3
20/02/1958	SI	SI	Inviato	Ricevuto	1
12/01/1956	SI	SI	Inviato	Ricevuto	8
22/06/1933	SI	SI	Inviato	Ricevuto	5
04/06/1944	SI	SI	Inviato	Ricevuto	7

Compilare il questionario?

SI -> (compilazione questionario)

NO -> (compilazione automatica: nulla da segnalare)

NON ORA

Selezione Paziente

Codice Fiscale

Cognome

Id. Campione

Nome



Anamnesi | Eventi Passati | Eventi Futuri

Paziente: M O Data Nascit: IO 00:00:00.0 Sesso:

Codice Fiscale Tel. 051 Cell.

Centro di Riferimento: **AMB - Ang.e Mal.Coag. - Div./Strum SO - Palareti - ANGSA4** Tel.: 000 Fax: 000

Richiesta: PTAO_000468571 08/05/2009 Punto Prelievi: AMB - Ang.e Mal.Coag. - Div./Strum SO - Palareti - ANGSA4

Indicazione TAO: CARDIOVERSIONE ELETTRICA Range: 2 - 3 Target: 2.5

Farmaco: COU Rischio Emorragico: 9 Rischio Tromboembolico: 9

INR:	2.53	3.05	2.11
Data INR:	17/04/2009	03/04/2009	20/03/2009
Dose:	13.75	13.75	15

% Giorni Sopra-Range: 22
 % Giorni In-Range: 78
 % Giorni Sotto-Range: 0

>> Ha assunto regolarmente la TAO? Si No

>> Ha qualcosa da segnalare dall ultimo prelievo ? Si No

>> Ha qualcosa da segnalare per il futuro ? Si No

Chiudi senza Salvare

Salva e Chiudi

Anamnesi

Eventi Passati

Eventi Futuri

Paziente: MO | Data Nascita: | 00:00:00.0 Sesso: F

>> Ha assunto nuovi farmaci o variato la terapia concomitante?

 Sì No

Farmaco	Inizio Terapia	Fine Terapia	Nota
ALTRO	10/02/2009		FOSICOMBI 1 ,SELOKEN 1/2 + 1/2

Aggiungi

Modifica

Cancella

Farmaco	Inizio Terapia	Fine Terapia	Nota
Selezionare:			

>> Ha avuto emorragie ?

 Sì No

Sede	Stato	Nota
Non ci sono dati		

Aggiungi

Modifica

Cancella

Sede	Stato	Nota
Selezionare:	Selezionare...	

>> Ha avuto ricoveri ospedalieri dall'ultimo prelievo ?

 Sì No

Ospedale	Reparto	Data Ricovero	Data Dimissione	Diagnosi Dimissione
Non ci sono dati				

Aggiungi

Modifica

Cancella

Ospedale	Reparto	Data Ricov.	Data Dimiss.	Diagnosi Dimiss.

>> Ha avuto malattie dall'ultimo prelievo ?

 Sì No

Chiudi Senza Salvare

Salva e Chiudi

Paziente: [] Data Nascita: [] 00:00:00.0 Sesso: F

>> Ha in previsione interventi chirurgici o esami invasivi ? SI NO

Tipo	Data	Ora	Ospedale	Nota
Non ci sono dati				
Tipo	Data	Ora	Ospedale	Nota
Altro Intervento				

Aggiungi
Modifica
Cancella

>> Ha in previsione di allontanarsi dal suo domicilio per un periodo ? SI NO

[Empty text input field]

>> Si richiede visita presso il centro di riferimento ? SI NO

Visita programmabile Visita immediata

Chiudi Senza Salvare

Salva e Chiudi

PERCORSO FORMATIVO/EDUCATIVO DI GRUPPO

Educazione
Terapeutica

FAVORISCE

AGGREGAZIONE

INTERESSE AL PERCORSO
TERAPEUTICO

DISCUSSIONE

PASSAGGIO DI
INFORMAZIONI
COMPLETE

AUMENTO COMPLIANCE

PROBLEMA

SCOLARITA' DIFFERENTE

COMPRENSIONE DELLA LINGUA

PAZIENTE STRANIERO



MEDIATORE CULTURALE



RIVOLTO :

- ☀ Paziente che inizia la TAO
- ☀ Paziente trasferito da altro Centro
- ☀ Aperta a famigliari ed accompagnatori





A SSOCIAZIONE I TALIANA P AZIENTI A NTICOAGULATI

DOCUMENTI
PAZ DOMICILIARI

SCHEDE /documenti
PROVVENIENTI
DA ALTRI Punti Prelievo

FAX / ☎

Organizza Corsi di
addestramento all'uso dei
Coagulometri Portatili



13 12 2007

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera "Mariano Stelmasch" Policlinico S. Orsola-Maggioli Dipartimento Cardia Toraco Vascolare U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Stellmasch" Direttore Prof. Gaetano Palareti	CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE SCHEDA DI TRASMISSIONE INR LABORATORIO ESTERNO	R16/P503AMB Rev:1 Pag:1/1 Data di applicazione: 26/06/2012
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

ALLA CORTESE ATTENZIONE dell'A.I.P.A.
FAX 051 399335 - 051 306503

(compilare il foglio con penna nera in stampatello maiuscolo)

DATA ____/____/____

Il sottoscritto/a _____
COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita ____/____/____ Per necessità reperibile al numero ____/____/____

Comunica di aver eseguito in data ____/____/____ la determinazione
del Tempo di Protrombina presso il LABORATORIO _____

RISULTATO I.N.R. = _____

Se il risultato è superiore a **INR 6**
mettersi in contatto telefonico con il CENTRO di ANGIOLOGIA tel 051 6362301 negli orari
di apertura del servizio.

INFORMAZIONI RISPETTO AL CONTROLLO PRECEDENTE (COMPILARE TUTTE LE VOCI):

Ha assunto regolarmente l'anticoagulante orale ? SI NO

SE NO INDICARE QUANDO E PERCHE' _____

Ha avuto malattie ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e COSA _____

Ha iniziato l'assunzione di nuovi farmaci ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e il NOME DEL FARMACO _____

Ha terminato l'assunzione di farmaci ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e il NOME DEL FARMACO _____

Ha avuto ricoveri ospedalieri ? SI NO

SE SI ALLEGARE DOCUMENTO DI DIMISSIONE CON ALLEGATA TERAPIA ANTICOAGULANTE ESEGUITA DURANTE IL RICOVERO

Ha avuto emorragie ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e SEDE DI SANNUADAMENTO _____

DESIDERO RICEVERE LA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA AL N° DI FAX ____/____/____

ATTENZIONE: per ricevere la prescrizione della terapia è necessario inviare il presente
modulo via fax all'ufficio A.I.P.A. entro le ore 13.30 del giorno stesso di misurazione dell' INR.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera "Mariano Stelmasch" Policlinico S. Orsola-Maggioli Dipartimento Cardia Toraco Vascolare U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Stellmasch" Direttore Prof. Gaetano Palareti	CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE SCHEDA DI TRASMISSIONE INR COAGULOMETRO PORTATILE	R16/P503AMB Rev:1 Pag:1/1 Data di applicazione: 26/06/2012
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

ALLA CORTESE ATTENZIONE dell'A.I.P.A.
FAX 051 399335 - 051 306503

(compilare il foglio con penna nera in stampatello maiuscolo)

DATA ____/____/____

Il sottoscritto/a _____
COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita ____/____/____ Per necessità reperibile al numero ____/____/____

Comunica di aver eseguito in data ____/____/____ la determinazione
del Tempo di Protrombina _____

RISULTATO I.N.R. = _____

Se il risultato è superiore a **INR 6**
mettersi in contatto telefonico con il CENTRO di ANGIOLOGIA tel 051 6362301 negli orari
di apertura del servizio.

INFORMAZIONI RISPETTO AL CONTROLLO PRECEDENTE (COMPILARE TUTTE LE VOCI):

Ha assunto regolarmente l'anticoagulante orale ? SI NO

SE NO INDICARE QUANDO E PERCHE' _____

Ha avuto malattie ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e COSA _____

Ha iniziato l'assunzione di nuovi farmaci ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e il NOME DEL FARMACO _____

Ha terminato l'assunzione di farmaci ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e il NOME DEL FARMACO _____

Ha avuto ricoveri ospedalieri ? SI NO

SE SI ALLEGARE DOCUMENTO DI DIMISSIONE CON ALLEGATA TERAPIA ANTICOAGULANTE ESEGUITA DURANTE IL RICOVERO

Ha avuto emorragie ? SI NO

SE SI INDICARE QUANDO e SEDE DI SANNUADAMENTO _____

DESIDERO RICEVERE LA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA AL N° DI FAX ____/____/____

ATTENZIONE: per ricevere la prescrizione della terapia è necessario inviare il presente
modulo via fax all'ufficio A.I.P.A. entro le ore 13.30 del giorno stesso di misurazione dell' INR.



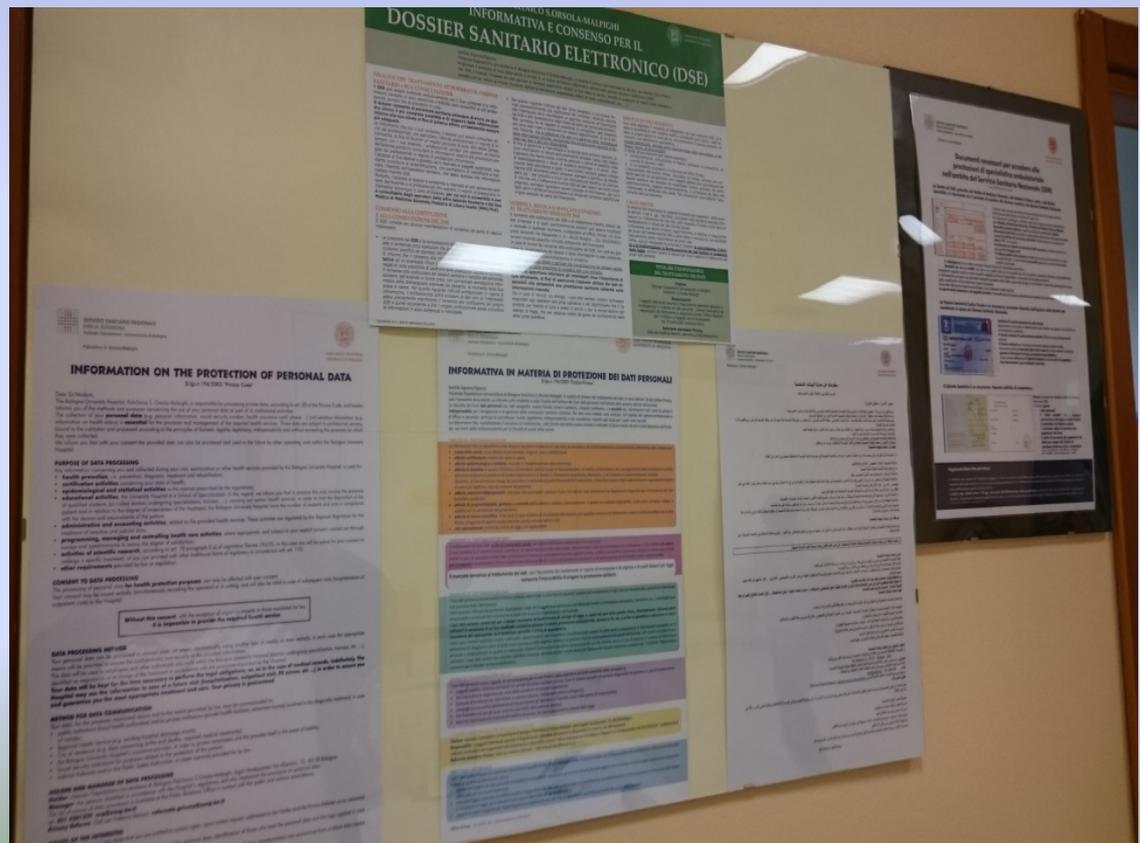
Infermiera

Informazioni all'utente



Dal termine dei prelievi all'orario di chiusura del Centro TAO

affissione



Infermiera

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DM LA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università L. Galvani Policlinico S. Orsola-Malpighi Dipartimento Cardiovascolare U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli" Direttore Prof. Gualtiero Palareti	CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE REPORT DI ATTIVITA' MENSILE	R531AMB Rev. 0 Pag. 1/1 Data di applicazione: 02/01/2006
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

DATA	Precedenti	Giornalieri	N. I.	N.I.dom
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

STATISTICA del Meze

TAO
DOM
AIPA+ASL
N.I.
Amb
N.I.
Asl

LEGENDA:
 TAO = prelievi eseguiti in ambulatorio
 DOM = prelievi dai Distretti Asl e AIPA
 N.I. amb = Nuovi pazienti seguiti in amb.
 N.I. asl = Nuovi pazienti con prelievo dom.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DM LA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Università L. Galvani Policlinico S. Orsola-Malpighi Dipartimento Cardiovascolare U.O. di Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli" Direttore Prof. Gualtiero Palareti	CENTRO TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE REPORT di ricerca pazienti sospesi	R08/P503AMB Rev. 0 Pag. 1/1 Data di applicazione: 02/01/2006
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Dati Paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____

Tel. ____/____/____ / 2° Recapito telefonico ____/____/____

RICERCA TELEFONICA DEL:
 (Segnare le date delle telefonate e le sigle in calce)

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Non si presenta ai controlli perché:

Seguito in altro centro e/o medico

Ha sospeso il trattamento su indicazione del Dott. _____

E' ricoverato dal ____/____/____ presso (segnare U.O. o Clinica Istituta) _____

Ha avuto complicanza legata a TAO >emorragica tipo: _____

>trombotica tipo: _____

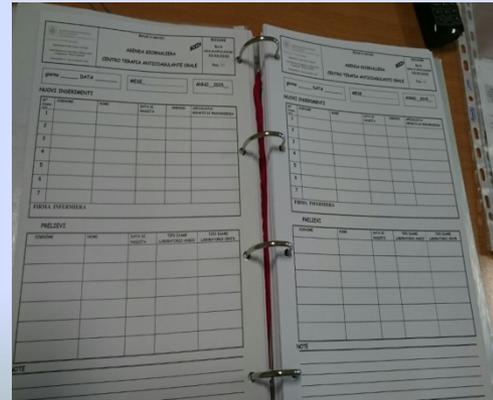
Decesso per _____ CASA

Irreperibile OSPEDALE

(Firma di chi completa la ricerca) _____ (Sigla di chi registra su PARMA) _____

Legenda Report

N.R.	Non risponde	P. GEN.	Parlato con un genitore
SEGR.	Lasciato messaggio in segreteria telefon.	P. FI.	Parlato con un/una figlio/a
P. PAZ.	Parlato con il paziente	P. A.P.	Parlato con altra persona (anche non parente)
P. CON.	Parlato con il coniuge	X	Numero telefonico errato



AMBULATORIO PRELIEVI VASCOLARI



Accesso su appuntamento

L'utente viene indirizzato all'ambulatorio dalla segretaria del punto di accoglienza

Consegna informativa

Colloquio con il medico:
Anamnesi
Indicazione del protocollo prelievo da eseguire

Sportello amministrativo :
Accettazione prestazione su programma informatizzato
Rilascio del consenso trattamento dati sensibili

CELIUM SANITARIO REGIONALE
 PEDIATROLOGIA
 Azienda Ospedaliera - Umbertina & S. Luigi
 Policlinico S. Onofrio - Foligno

Codice in materia di protezione dei dati personali
 Azienda dell'art. 13 c. 2 lett. d) Legislative 30/6/04 n. 196

INFORMATIVA

Il "Celium Project" garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge, nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni persona, nonché dell'interesse con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei suoi dati. Il trattamento dei dati personali sarà quindi, improntato ai principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali vengono raccolti i dati stessi.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali in ambito sanitario vengono trattati **esclusivamente** per:

- **prevenzione, diagnosi e cura o, comunque, al fine primario di ridurre la salute della persona assistita.** Pertanto essere trattati dati sanitari riguardano il formulario della persona assistita, solo se strettamente indispensabili e guidato dal professionista sanitario responsabile delle cure della persona,
- **attività amministrative-contabili, contabili e quelle di prevenzione, diagnosi, cura e abitualità;**
- **attività di programmazione, gestione e controllo dell'intera struttura;**
- **attività di valutazione, ai sensi dell'art.85 comma 1-bis, alla scopo di migliorare i servizi offerti, stabilendo sistemi di misurazione del grado di soddisfazione espresso dall'utente.** L'Azienda, per l'adempimento di tale obbligo di legge, ha affidato ad una ditta esterna specializzata il compito di effettuare interviste telefoniche strutturate agli utenti, di squallida responsabilità del trattamento dei dati;
- **attività verificatorie relative allo stato di salute;**
- **attività di ricerca scientifica e di statistica.** Per lo svolgimento di queste attività sarà richiesto specifico consenso all'interessato, in assenza del quale, il trattamento potrà avvenire unicamente in forme anonime;
- **attività di didattica.** Il perseguimento della formazione in ambito sanitario comporta la presenza di studenti auto-rego (o all'equiparazione) in occasione di alcune prestazioni sanitarie. L'Azienda, al fine di fornire i disegni del paziente e in relazione al grado di invasività del trattamento, circoscrive il numero degli studenti presenti e garantisce il rispetto di eventuali legittime volontà contrarie del paziente. Si fa inoltre presente che il medico in formazione specialistica, affidato al monitoraggio di un eventuale strutturato o servizio, partecipa all'attività assistenziale sotto la diretta responsabilità del tutor.

Il trattamento dei dati è indispensabile per poter effettuare le prestazioni mediche ed è necessario per la tutela della salute della persona assistita e il relativo consenso verrà consegnato da operatori autorizzati.

Il mancato consenso al trattamento dei dati, non l'esecuzione dei trattamenti urgenti e di quelli obblighi di Autorità Pubblica, Sindaco, Autorità Giudiziarie comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria.

FINALITÀ DI TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati sono trattati con strumenti sia cartacei che informatici, nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le norme minime di sicurezza per evitare rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato, nonché trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Il trattamento dei dati personali in cartella clinica, ovvero le operazioni inerenti la gestione e la consegna della stessa, è affidato ad una ditta specializzata esterna di uguale responsabilità del trattamento dei dati.

I dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa:

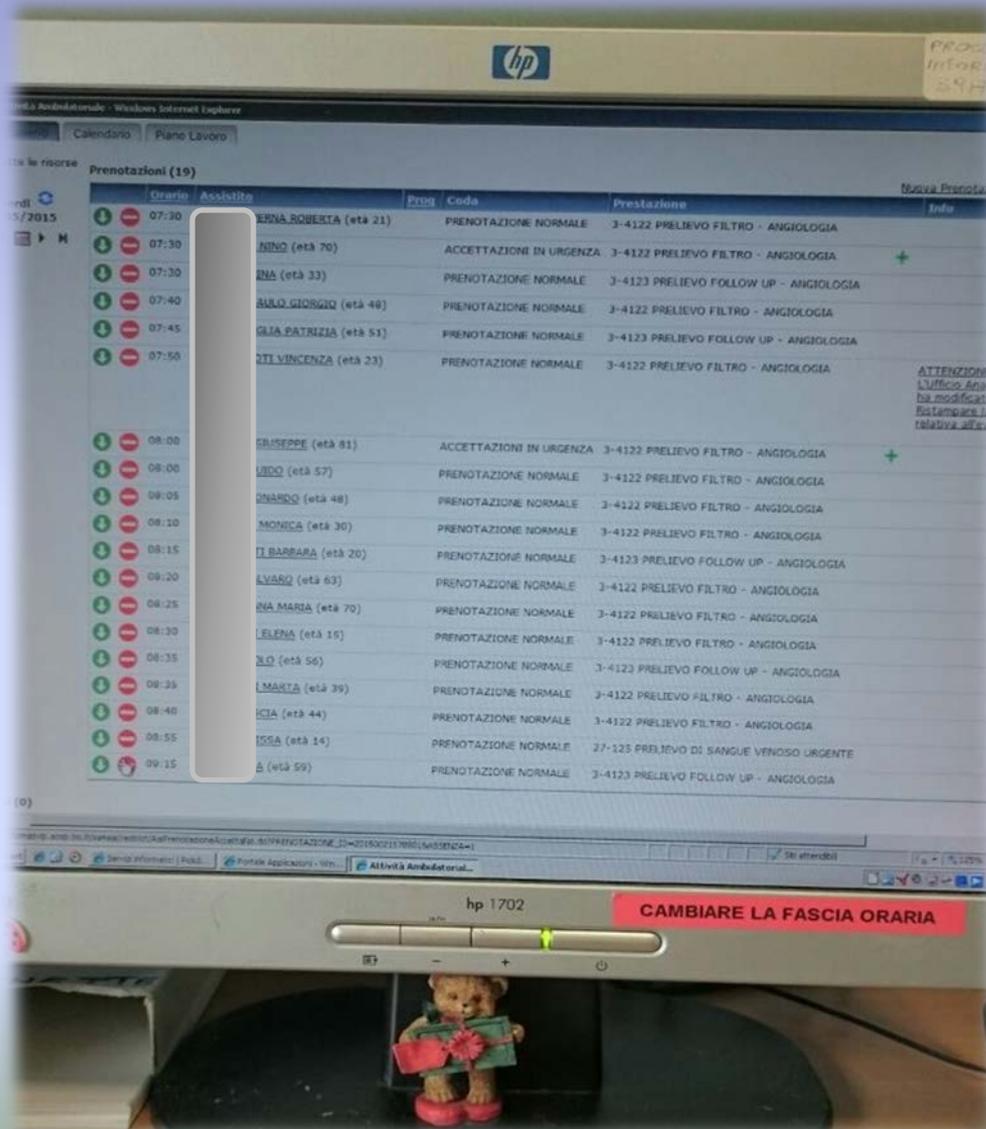
- a responsabili e incaricati del trattamento di ciascuna Unità Operativa dell'Azienda;
- ad altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ed alla Regione di appartenenza dell'utente;

RG1/20129, Rev. 0 Data applicazione 28.07.07
 data: 2007/07/28 ore: 10:00:00

Infermiera

Percorso paziente

Raccolta dati



Visualizzazione dell'avvenuta accettazione

Chiamata del paziente in ambulatorio per numero progressivo

Verifica dei dati anagrafici

Verifica della documentazione fornita dall'utente

Verifica del protocollo da eseguire

Stampa etichette

Invio programmazione al laboratorio analisi

PRECEDENZA per ACCESSO ALLA PRESTAZIONE

Verifica degli accessi venosi

EMLA :

Applicata su entrambe le braccia
circa 20 min. prima del prelievo

Piccola fasciatura o pellicola trasparente

PRELIEVO:

Accordi con il laboratorio per eventuale
riduzione del numero di provette

Aiuto del genitore e/o collega per la
corretta postura del bambino durante
l'esame

Percorso paziente
pediatrico



PREMIO



PRELIEVO

Fattori relativi alla fase pre-analitica

Infermiera

ORGANIZZARE

CONTROLLARE

- Modalità di esecuzione del prelievo
- Manipolazione/conservazione del campione
- Trasporto



Durante il prelievo e la conservazione del campione possono verificarsi alterazioni di alcuni fattori della coagulazione che possono **inficiare i risultati**

Il controllo delle variabili **PRE ANALITICHE** è **ESTREMAMENTE IMPORTANTE** per gli esami di coagulazione



PRELIEVO

IL SISTEMA VACUTAINER e' attualmente il più diffuso e sicuro

CONTROLLARE LA DATA DI SCADENZA DELLE PROVETTE

Eseguire il prelievo con aghi da 19 a 21 gauge

Evitare prelievi in zone con ecchimosi e/o ematomi

Ridurre al minimo la stasi e il trauma (puntura netta, limitare l'uso del laccio)

Corretto livello del campione di sangue (proporzione sangue/anticoagulante)

Miscelare delicatamente (invertire 4-5 volte) evitando la formazione di schiuma

Corretta identificazione dell'utente /provetta > ETICHETTA



ATTENZIONE : LASCIARE UNA FINESTRA PER L'ISPEZIONE DEL PRELIEVO

PRELIEVO

ORGANIZZARE LA CONSERVAZIONE

Luogo sicuro

Lontano da fonti di calore

Evitare importanti variazioni termiche

Evitare bruschi rimaneggiamenti dei campioni



ORGANIZZARE il TRASPORTO al LABORATORIO :

TEMPI BREVI > max 30/40 min dal prelievo

Contenitori rigidi, chiusura ermetica.

Controllare il corretto posizionamento delle provette prima dell'invio al laboratorio

Allegare documenti / schede compilate dal medico



OPERATORI DEL SERVIZIO

Documento di U.O. che descrive i percorsi ambulatoriali

Contiene tabelle e report che regolamentano e registrano le attività

PROCEDURA
DI SERVIZIO
AMBULATORIALE

PS03AMB rev. 1



GRAZIE