

## PROGETTO

# “CRITERI GUIDA PER LA BUONA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA”

Componenti gruppo di lavoro:

- Dott.ssa Costanzo Paola
- Dott. La Ganga Vezio
- Dott. Ricagni Francesco
- Dott. Roncarolo Pierluigi
- Dott. Santamaria Gian Mario
- Dott. Turba Carlo
- CPSE Forlino Piera
- CPSE Gemme Ottavio
- CPSE Milanesi Elena

## Alcune definizioni di cartella clinica

“E’lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero” (Ministero della Sanità 1992)

“La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

La cartella deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente- o di chi ne esercita la legale rappresentanza- alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale”( Codice di deontologia medica 2006- art.26)

Ritenendola sufficientemente sintetica ed esaustiva, si propone inoltre la seguente definizione:

“La cartella clinica è uno strumento informativo (cartaceo o informatizzato) in cui si raccolgono i dati anagrafici, anamnestici e obiettivi e i riscontri delle attività diagnostiche e terapeutiche praticate nei confronti della persona ricoverata.”

## Criteria guida per la compilazione della cartella

1. Comprende necessariamente **la SDO**
2. prevede l’indicazione **dell’Ospedale** e della **Struttura di degenza**, la data di dimissione e la firma del Responsabile della struttura.
3. riporta il **consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ( privacy)**.
4. documenta l’**anamnesi** remota e prossima., firmata in maniera leggibile dal medico che l’ha raccolta
5. descrive l’**esame obiettivo**,firmato in maniera leggibile dal medico che l’ha effettuato.
6. comprende tutta la documentazione infermieristica ( cartella o scheda) utilizzata in funzione del modello assistenziale adottato all’interno della struttura di degenza.
7. per ogni giornata di degenza **nel diario clinico e nel diario infermieristico** si devono registrare il decorso e tutti i fatti rilevanti inerenti il paziente ( variazioni cliniche e/o modifiche al programma di diagnosi/ cura, riabilitazione). Ogni **annotazione** riporta il momento dell’accadimento con data e ora e la firma leggibile del redattore. Le annotazioni sono chiaramente leggibili e comprensibili; le eventuali correzioni sono controfirmate lasciando leggibile quanto scritto in precedenza, senza cancellature o bianchettature. I referti degli esami e delle visite di consulenza sono allegati in originale.

8. è presente il **consenso informato** del paziente, compilato in maniera completa con i dati identificativi del paziente, la sintesi della situazione clinica, l'atto sanitario proposto, la data e firma del medico che ha effettuato l'informativa; inoltre, come espressione e acquisizione del consenso informato, la data, la firma del paziente e la firma del medico che ha acquisito il consenso.
9. Se presente, il **verbale operatorio** riporta i parametri seguenti:  
ora di inizio e ora del termine dell'intervento, nome del primo operatore, nomi degli altri operatori, diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita, nominativi degli anestesisti, nominativi degli strumentisti. Descrive in modo chiaro e sufficientemente particolareggiato la procedura eseguita e le eventuali complicanze intraoperatorie o al risveglio ed è firmato dal primo operatore. E' integrato dalla scheda di identificazione paziente e dalla scheda di conteggio garze.
10. Se presente, la **documentazione anestesiologicala/antalgica** riporta i parametri seguenti:  
valutazione preoperatoria e preanestesiologicala, tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modifiche, registrazione dei parametri vitali rilevati, nome, dose, via e ora di somministrazione dei farmaci.  
E' presente **istruzione operativa perioperatoria**. E' presente scheda di continuità **sala operatoria-degenza**.
11. E' presente la **scheda di terapia**.
12. E' presente copia della **lettera di dimissione** a meno che il paziente sia deceduto.

## CHECK-LIST CARTELLA CLINICA

Ospedale di \_\_\_\_\_ Struttura di degenza \_\_\_\_\_

Nr. SDO \_\_\_\_\_ Data dimissione \_\_\_\_\_ Firma Responsabile SI NO

E' presente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ( privacy)? SI NO

### Anamnesi **presente**

Remota SI NO

Prossima SI NO

Sono rilevati i bisogni del paziente?

(stili di vita,dipendenze,necessità

psicologiche,sociali e spirituali) SI NO

E' firmata? SI NO

### Esame obiettivo **presente**

Completo (tutti i campi di dettaglio presenti in cartella) SI NO

Essenziale (limitato all'organo/apparato di interesse specifico) SI NO

E' firmato? SI NO

### Diario Clinico

Sono presenti annotazioni per ogni giornata di degenza? SI NO

Ogni singola annotazione del Diario Clinico riporta il momento dell'accadimento

con data e ora? SI NO è firmata? SI NO La firma è leggibile SI NO

Le annotazioni riportate sono chiaramente leggibili e comprensibili? SI NO

Le eventuali correzioni sono controfirmate? SI NO

E' leggibile quanto scritto in precedenza? SI NO

Sono presenti cancellature o bianchettature? SI NO

### Diario Infermieristico

Sono presenti annotazioni per ogni giornata di degenza? SI NO

Rilevazione del dolore tramite "Scala di valutazione" SI NO

Ogni singola annotazione del Diario Infermieristico riporta il momento dell'accadimento

con data e ora? SI NO è firmata? SI NO La firma è leggibile SI NO

Le annotazioni riportate sono chiaramente leggibili e comprensibili? SI NO

Le eventuali correzioni sono controfirmate? SI NO

E' leggibile quanto scritto in precedenza? SI NO

Sono presenti cancellature o bianchettature? SI NO

## I referti degli esami e delle visite di consulenza

sono allegati in originale? SI NO

E' presente il consenso informato del paziente? SI NO

Il modulo del consenso informato è compilato in maniera completa? \* SI NO

E' presente il verbale operatorio SI n. progr.....NO

Non effettuati interventi chirurgici

### Se presente, il verbale operatorio riporta i parametri seguenti?

Ora inizio intervento SI NO Nome primo operatore SI NO

Ora fine intervento SI NO Nomi altri operatori SI NO

Diagnosi finale e denominazione procedura eseguita SI NO

Nominativi anestesisti SI NO Nominativi strumentisti SI NO

Descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura eseguita SI NO

Descrizione di eventuali complicanze intraoperatorie o al risveglio? SI NO

Firma del primo operatore SI NO

E' presente la scheda di conteggio garze? SI NO

E' presente la scheda di identificazione paziente? SI NO

### Se presente, la documentazione anestesiological/antalgica riporta i parametri seguenti?

Valutazione preoperatoria e preanestesiological SI NO

Tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modifiche SI NO

Registrazione parametri vitali rilevati SI NO

Nome, dose, via e ora di somministrazione dei farmaci SI NO

E' presente istruzione operativa perioperatoria? SI NO

E' presente scheda di continuità sala operatoria-degenza? SI NO

E' presente la scheda di terapia? SI NO

E' presente copia della lettera di dimissione? SI NO Paziente deceduto

Firma Rilevatore \_\_\_\_\_

Data rilevazione \_\_\_\_\_

### Legenda:

\* dati identificativi paziente, sintesi situazione clinica, atto sanitario proposto, data e firma del medico che ha effettuato l'informativa, espressione e acquisizione del consenso informato, data, firma del paziente, firma del medico che ha acquisito il consenso