

LA DOCUMENTAZIONE CLINICA OSPEDALIERA: ASPETTI GENERALI E REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

Dr. F. Boraso, Dr.ssa P. Morelli

**Convegno “La cartella Clinica:
strumento di buona pratica clinica”
Novi Ligure 10 Novembre 2011**



**“Tutti ne parlano, tutti la odiano,
quasi tutti la sottovalutano, ben
pochi però ne conoscono la reale
importanza, pochissimi le
dedicano il tempo necessario”**

V. Mallardi Cattedra ORL Università delle Marche

Nonostante non esistano evidenze dirette del fatto che una documentazione sanitaria “di qualità” aumenti le probabilità di osservare outcome migliori, una cartella clinica accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente ha una **MAGGIORE PROBABILITA’ DI RIDURRE GLI ERRORI, di AUMENTARE L’INTEGRAZIONE TRA I DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI e l’efficienza di erogazione delle prestazioni.**

Modifica i dati relativi a:

Evento Numero 10

Operatore

Nome	Cognome	Qualifica	Unità Operativa
		Personale medico	Sala operatoria

Paziente

Nome	Cognome	Tipo Paziente	Sesso	Data Nascit	MSP	Cartella Clinic
		Non Definito	F			
Unita Operativa Paziente	Data Ricovero	Data Dimisioni	Durata Prevista Ricovero	Durata Effettiva Ricovero		
			0	0		
Tipologia Intervento	Data Intervento	Unità Operativa Intervento	Emoglobina			
			0			

Evento

Luogo	Giorno	Ora	Classificazione delle cause	Emoglobina
Sala Operatoria	29/05/2006	16.01	Non Definita	0
Descrizione dell'evento				AutGiudizari
In corso di somministrazione di Ceftriazone (2 gr.ev), la paziente manifesta reazione allergica al farmaco				
Tipologia di Evento			Esito	
Reazione avversa da farmaci (in presenza di documentata allergia/intol)			Evento occorso senza esito/senza danno (Liv	

Fattori che possono aver contribuito all'evento

Fattori legati al

**In corso di somministrazione di Ceftriazone (2 gr.ev),
la paziente manifesta reazione allergica
al farmaco (eritema diffuso, edema della glottide,
edema arti e faccia)**

DRC

Procedure Aggiuntive



Sede legale: viale Giolitti, 2
 15033 Casale Monferrato (AL)
 Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

CHECK-LIST CARTELLA CLINICA

Ospedale di _____ Struttura di degenza _____

N. SDO _____ Data dimissione _____ Firma Responsabile _____

REQUISITO	SI	NO	NA	NC
E' presente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (privacy)				
La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente				
Anamnesi patologica remota presente				
Anamnesi patologica prossima presente				
L'anamnesi è firmata				
L'anamnesi è timbrata				
Esame obiettivo presente				
L'esame obiettivo è completo (tutti i campi di dettaglio presenti in cartella)				
L'esame obiettivo è essenziale (limitato all'organo/apparato di interesse specifico)				
L'esame obiettivo è firmato				
L'esame obiettivo è timbrato				
Nel diario clinico sono presenti annotazioni per ogni giornata di degenza				
Ogni singola annotazione del diario clinico riporta il momento dell'accadimento con data e ora				
Ogni singola annotazione del diario clinico è firmata				
Ogni singola annotazione del diario clinico è timbrata				
Le annotazioni riportate nel diario clinico sono chiaramente leggibili e comprensibili				
Tutte le annotazioni sono eseguite con inchiostro indelebile (blu o nero)				
Le eventuali correzioni presenti nel diario clinico sono correttamente impostate				
La cartella clinica di ogni paziente trattato in pronto soccorso riporta l'ora di arrivo, le conclusioni al termine del trattamento in pronto soccorso, le condizioni del paziente alla dimissione e le istruzioni di follow-up				
Nel diario infermieristico sono presenti annotazioni per ogni giornata di degenza				
Nel diario infermieristico è rilevato il dolore tramite "Scala di valutazione"				
Ai pazienti è offerto il supporto per gestire efficacemente il dolore				
Ogni singola annotazione del diario infermieristico riporta il momento dell'accadimento con data e ora				
Ogni singola annotazione del diario infermieristico riporta la firma dell'infermiere				
Nel diario infermieristico la firma dell'infermiere è leggibile				
Le annotazioni riportate nel diario infermieristico sono chiaramente leggibili e comprensibili				

Nel diario infermieristico le eventuali correzioni sono correttamente impostate				
E' leggibile quanto scritto in precedenza				
Sono presenti cancellature o bianchettature				
I referti degli esami e delle visite di consulenza sono allegati in originale				
E' presente il consenso informato del paziente				
Il modulo del consenso informato è compilato in maniera completa*				
E' presente il verbale operatorio				
Nel verbale operatorio è riportata l'ora di inizio intervento				
Nel verbale operatorio è riportata l'ora di fine intervento				
Nel verbale operatorio è indicato il nome del primo operatore				
Nel verbale operatorio sono indicati i nomi di altri operatori				
Nel verbale operatorio sono riportate diagnosi finale e denominazione procedura eseguita				
Nel verbale operatorio sono indicati i nominativi degli anestesisti				
Nel verbale operatorio sono indicati i nominativi degli strumentisti				
Descrizione chiara e sufficientemente particolareggiata della procedura eseguita				
Descrizione di eventuali complicanze intraoperatorie o al risveglio				
Nel verbale operatorio è presente la firma del primo operatore				
E' presente la scheda di conteggio garze				
E' presente la scheda di identificazione paziente e sito chirurgico				
La documentazione anestesiologicala/antalgica riporta la valutazione preoperatoria e preanestesiologicala				
La documentazione anestesiologicala/antalgica indica il tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modifiche				
La documentazione anestesiologicala/antalgica riporta la registrazione parametri vitali rilevati				
La documentazione anestesiologicala/antalgica riporta nome, dose, via e ora di somministrazione dei farmaci				
E' presente la scheda di continuità sala operatoria-degenza				
E' presente il foglio unico di terapia				
E' presente copia della lettera di dimissione				
E' presente copia della lettera di trasferimento del paziente				

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



MCI.19.1 La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentare il decorso e i risultati del trattamento e promuovere la continuità delle cure tra gli operatori sanitari.

MCI.19.3 Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data

AOP.1.2 La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici, e comprende l'anamnesi e l'esame obiettivo.

ESAME OBIETTIVO

CAPO

CAVITA' BOCCALE

CUTE, SCLERE E MUCOSE

LINFONODI

MAMMELLE

GENITALI ESTERNI

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

APPARATO RESPIRATORIO

SISTEMA NERVOSO E STATO DI COSCIENZA

ADDOME

ESPLORAZIONE RETTALE

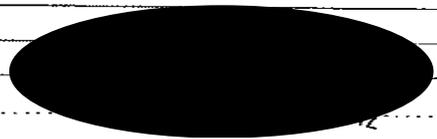
TRONCO

ARTI

ESPLORAZIONE VAGINALE

data..... 26.05.2010

FIRMA.....



	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOT
ESAME OBIETTIVO PRESENTE	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NO	0,00%	0,00%	28,57%	0,00%	0%	5,71%%
SI	100,00%	100,00%	71,43%	100,00%	100,00%	94,29%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 2 AREA MEDICA			TOTALE
ESAME OBIETTIVO PRESENTE	MED 1	MED 2	MED 4	
NO	32,00%	3,70%	0,00%	11,90%
SI	68,00%	96,30%	100,00%	88,10%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	Ospedale Struttura						TOT
	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						
ESAME OBIETTIVO PRESENTE	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NO	5,77%	0,00%	3,85%	0,00%	3,23%	22,58%	5,90%
SI	94,23%	100,00%	96,15%	100,00%	96,77%	77,42%	94,10 %
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %	100,00 %

	Ospedale Struttura						TOT
	OSPEDALE 2 AREA CHIRURGICA						
ESAME OBIETTIVO PRESENTE	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NO	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%	0,00%	10,00%	8,33%
SI	100,00%	100,00%	100,00%	60,00%	100,00%	90,00%	91,67 %
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %	100,00 %

	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOT
ESAME OBIETTIVO COMPLETO	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NC	20,00%	91,67%	28,57%	52,00%	84,62%	55.38%
NO	72,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14.40%
SI	8,00%	8,33%	42,86%	48,00%	15,38%	24,51%
NA	0,00%	0,00%	28,57%	0,00%	0,00%	5.71%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 2 AREA MEDICA			TOTALE
ESAME OBIETTIVO COMPLETO	MED 1	MED 2	MED 4	
NC	16,00%	92,60%	80,00%	62,86%
NO	12,00%	0,00%	20,00%	10,67%
SI	40,00%	3,70%	0,00%	14,57%
NA	32,00%	3,70%	0,00%	11,90%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						TOT
ESAME OBIETTIVO COMPLETO	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	32,69%	52,00%	0,00%	0,00%	77,42%	70,97%	38,85%
NO	57,69%	44,00%	96,15%	100,00%	16,12%	6,45%	53,40%
SI	3,85%	4,00%	0,00%	0,00%	3,23%	0,00%	1,85%
NA	5,77%	0,00%	3,85%	0,00%	3,23%	22,58%	5,90%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE2 AREA CHIRURGICA						TOTALE
ESAME OBIETTIVO COMPLETO	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	91,43%	30,00%	0,00%	0,00%	87,10%	60,00%	44,86%
NO	5,71%	50,00%	100,00%	60,00%	12,90%	30,00%	43,10%
SI	2,86%	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,81%
NA	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%	0,00%	10,00%	8,33%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

AOP.1.5 I riscontri delle valutazioni sono documentati nella cartella clinica del paziente e sono a disposizione dei responsabili della cura del paziente

AOP.2 Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati, al fine di determinare la loro risposta al trattamento e per pianificare la continuità delle cure o la dimissione.

COP.2.3 Le procedure eseguite sono annotate nella cartella clinica.

REQUISITI MINIMI DI CONTENUTO

1. TRACCIABILITA'

Per le attività stimate meritevoli di traccia, si provvederà all'annotazione di:
data e preferibilmente ora/minuti (specie per prestazioni effettuate in emergenza e per procedure invasive)
identità degli autori, con loro denominazione chiaramente leggibile (anche mediante timbro), firma o sigla

DATA

DIARIO MEDICO

FIRMA

Copia conforme all'originale
pag. 9 di 64 della cartella clinica
del pz xy
Non presenti altre pagine
di diario (compilate!)

DATA	DIARIO MEDICO	FIRMA
14/5	Entrata in Rapporto	
15/5	Trasportata Terapia	
	Controlli ematochimici	
16/5	Cambiata Terapia	
	Feci Monoclonali	
	Richiesta ECG a domicilio - Tlc	
	Richiesta Coloscopio	
17	Cambiata per...	
	in...	
18		
19		
20/5	Stabile -	
	Se presente bene di mese su due	
	maldeste -	
	Rientra in regime di...	
	in data 24.5. per regime	
	estremo	

	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOTAL E
D.C. ANNOTAZIONI PER OGNI GIORNATA	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NC	0,00%	26,67%	0,00%	0,00%	0,00%	5,33%
NO	4,00%	25,00%	4,76%	0,00%	0,00%	6,75%
SI	96,00%	48,33%	95,24%	100,00%	100,00%	87,92%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 2 AREA MEDICA			TOTALE
D.C. ANNOTAZIONI PER OGNI GIORNATA	MED 1	MED 2	MED 4	
NC	16,00%	14,82%	0,00%	10,27%
NO	4,00%	81,48%	30,00%	38,50%
SI	80,00%	3,70%	70,00%	51,23%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

REGIONE PIEMONTE	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						TOT
D.C. ANNOTAZIONI PER OGNI GIORNATA	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	17,31%	36,00%	0,00%	0,00%	19,35%	12,90%	14,26 %
NO	30,77%	4,00%	19,23%	0,00%	32,26%	6,45%	15,45 %
SI	51,92%	60,00%	80,77%	100,00%	48,39%	80,65%	70,29 %
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 2 AREA CHIRURGICA						TOT
D.C. ANNOTAZIONI PER OGNI GIORNATA	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	45,71%	0,00%	0,00%	0,00%	3,23%	0,00%	8,16 %
NO	20,00%	0,00%	10,00%	20,00%	3,23%	35,00%	14,70 %
SI	34,29%	100,00%	90,00%	80,00%	93,54%	65,00%	77,14 %
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOTAL E
D.C. OGNI ANNOTAZIONE FIRMATA	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NC	4,00%	1,67%	28,57%	8,00%	0,00%	8,45%
NO	8,00%	98,33%	14,29%	0,00%	0,00%	24,12%
SI	84,00%	0,00%	57,14%	92,00%	100,00%	66,63%
NA	4,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

	OSPEDALE 2 AREA MEDICA			TOTALE
D.C. OGNI ANNOTAZIONE FIRMATA	MED 1	MED 2	MED 4	
NC	12,00%	3,70%	50,00%	21,90%
NO	8,00%	96,30%	0,00%	34,77%
SI	76,00%	0,00%	50,00%	42,00%
NA	4,00%	0,00%	0,00%	1,33%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						TOTALE
D.C. OGNI ANNOTAZIONE FIRMATA	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	26,92%	32,00%	0,00%	0,00%	25,81%	35,48%	20,03%
NO	21,15%	12,00%	0,00%	0,00%	35,48%	16,13%	14,13%
SI	51,93%	56,00%	92,31%	100,00%	38,71%	45,16%	64,02%
NA	0,00%	0,00%	7,69%	0,00%	0,00%	3,23%	1,82%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 2 AREA CHIRURGICA						TOTALE
D.C. OGNI ANNOTAZIONE FIRMATA	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	0,00%	20,00%	60,00%	0,00%	35,48%	0,00%	19,25%
NO	100,00%	0,00%	30,00%	100,00%	58,07%	65,00%	58,84%
SI	0,00%	80,00%	0,00%	0,00%	6,45%	0,00%	14,41%
NA	0,00%	0,00%	10,00%	0,00%	0,00%	35,00%	7,50%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOTALE
D.C. OGNI ANNOTAZIONE TIMBRATA	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NC	0,00%	0,00%	9,52%	0,00%	0,00%	1,90%
NO	96,00%	100,00%	90,48%	100,00%	100,00%	97,30%
NA	4,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						TOTALE
D.C. OGNI ANNOTAZIONE TIMBRATA	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	32,69%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,45%
NO	50,00%	96,00%	61,54%	0,00%	100,00%	100,00%	67,92%
SI	17,31%	4,00%	23,08%	100,00%	0,00%	0,00%	24,07%
NA	0,00%	0,00%	15,38%	0,00%	0,00%	0,00%	2,56%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

MMU.4.3 I farmaci prescritti e somministrati sono scritti in cartella clinica.

COP.2.1 L'assistenza e le cure fornite a ciascun paziente sono pianificate e documentate in cartella clinica.

	OSPEDALE 1 AREA MEDICA					TOTALE
FOGLIO UNICO TERAPIA PRESENTE	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	
NC	0,00%	80,00%	0,00%	20,00%	15,39%	23,08%
SI	72,00%	20,00%	90,48%	80,00%	76,92%	67,88%
NO	28,00%	0,00%	9,52%	0,00%	7,69%	9,04%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 1 AREA CHIRURGICA						TOTALE
FOGLIO UNICO TERAPIA PRESENTE	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	51,92%	20,00%	0,00%	0,00%	12,90%	12,90%	16,29%
SI	48,08%	76,00%	100,00%	50,00%	77,42%	87,10%	73,10%
NO	0,00%	4,00%	0,00%	50,00%	9,68%	0,00%	10,61%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 2 AREA MEDICA			TOTALE
FOGLIO UNICO TERAPIA PRESENTE	MED 1	MED 2	MED 4	
NC	24,00%	22,22%	30,00%	25,41%
SI	56,00%	77,78%	60,00%	64,59%
NO	20,00%	0,00%	10,00%	10%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	OSPEDALE 2 AREA CHIRURGICA						TOTALE
FOGLIO UNICO TERAPIA PRESENTE	CHIR 1	CHIR 2	CHIR 3	CHIR 4	CHIR 5	CHIR 6	
NC	20,00%	10,00%	0,00%	10,00%	32,26%	10,00%	13,71%
SI	80,00%	70,00%	0,00%	0,00%	58,06%	55,00%	43,84%
NO	0,00%	20,00%	100,00%	90,00%	9,68%	35,00%	42,45%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

PFR.6.2 L'organizzazione stabilisce un processo, nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente, per l'espressione del consenso ad opera di soggetti diversi dal paziente.

PFR.6.4 Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.

PFR.8 Il consenso informato è acquisito prima della partecipazione del paziente a protocolli di ricerca, indagini e sperimentazioni cliniche.

OSPEDALE DI [REDACTED]
DIPARTIMENTO CHIRURGICO

U.O. [REDACTED]

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Tortona, 3/3/11

Paziente Signor [REDACTED]

Io sottoscritto dichiaro di essere stato adeguatamente informato circa la necessità e la portata dell'intervento chirurgico di [REDACTED]

In particolare, dichiaro di essere stato messo a conoscenza:

- del tipo di intervento.
- delle alternative ad esso offerte dalla moderna scienza medica e delle motivazioni che hanno indotto i sanitari a questa scelta terapeutica,
- dei possibili esiti dell'intervento ed in particolare di quelli che secondo la moderna scienza medica sono considerati postumi accettabili
- delle eventuali complicanze di questo intervento ed in particolare
- del decorso post operatorio

Le suddette informazioni mi sono state fornite dal Dott. [REDACTED]
Su incarico del Responsabile del Reparto, che mi ha esposto quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto in modo esauriente ad ogni mio quesito.
Edotto di quanto sopra, acconsento ad essere sottoposto all'intervento chirurgico proposto.

Firma del Paziente

Ospedale	Reparto	N. SDO	Titolare cartella	Titolare documento estraneo	N. pag. documento errato
Ospedale 1	Med 2	3619			55
		4671			79
		2637			46
		2403			38,41
	Chir 1	3958			60
	Chir 6	0973			88,89
	Chir 5	1024			48

Ospedale	Reparto	N. SDO	Titolare cartella	Titolare documento estraneo	N. pag. documento errato
Ospedale 2	Med 2	4489			25
	Med 2	2198			59
	chir5	6542			30 40,42,43,45
	Med 1	523			53,54
		703			40
		2848			20
		3057			25,26,27,28

CARTELLE CON RISPOSTE POSITIVE > 60%

	OSPEDALE 1	OSPEDALE 2
MED 1	70%	70%
MED 2	50%	35%
MED 3	70%	
MED 4	100%	50%
MED 5	70%	
CHIR 1	95%	85%
CHIR 2	75%	90%
CHIR 4	100%	60%
CHIR 5	95%	100%
CHIR 6	90%	65%