



WORKSHOP

IL TRAPIANTO DI RENE: PASSIONE, PRATICA E CURA
CREARE UN PERCORSO CONDIVISO

La Cartella infermieristica per la presa in carico del ricevente

Daniele Curci

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Molinette

Unità Trapianti Renali

Background

Mancanza di informazioni
assistenziali sul paziente candidato
al trapianto renale



Perché documentare?

- Costituisce la base per programmare e **garantire la continuità** del trattamento del paziente
- Consente la **comunicazione fra operatori sanitari** che partecipano alla cura del paziente
- Costituisce la **fonte dei dati** a scopo di ricerca e di educazione sanitaria
- Costituisce la base per la **valutazione dell'assistenza sanitaria**



Riferimenti normativi



Nuovo codice deontologico dell'infermiere (bozza prima stesura 2016)

-L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Art. 13 (Capo II La funzione assistenziale)

- L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multi professionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Art. 17 (Capo III La relazione e la comunicazione)



Obiettivo

***Favorire la continuità
assistenziale nel
percorso del paziente
candidato al trapianto
renale***

Pianificazione

Progettazione di un corso di formazione organizzato in gruppi di lavoro per elaborare la scheda (30 infermieri in 2 edizioni)



- Confronto e riflessione con infermieri di diverse realtà dialitiche



SCHEDA ACCERTAMENTO PRE TRAPIANTO RENE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Sesso M F

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a convivente vedovo/a divorziato/a

Figli: NO SI n° _____ Condizione lavorativa: Disoccupato Occupato _____

Titolo di studio: Elementare Scuola media inferiore Scuola media superiore Laurea Altro _____

Persona di riferimento _____ Recapito telefonico _____

Persona di riferimento _____ Recapito telefonico _____

Nefropatia di base _____ Precedenti Trapianti No Si _____

Data inizio dialisi ____/____/____ Tipo di dialisi Emodialisi Peritoneale

Tolleranza alla dialisi Buona Sufficiente _____ Scarsa _____

Diuresi Residua _____ ml Peso ideale _____ Kg Aumento ponderale interdialitico _____ Kg

Tipo accesso dialitico FAV _____ Tesio _____ Coax _____ Peritoneale _____

Centro dialisi _____ e n° di telefono _____

Eventuale operatore/i di riferimento CPSI/E _____ Dott. Dott.ssa _____

MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO

Lingua parlata: Italiano Dialetto Inglese Francese Altro _____

Capacità di leggere l'italiano: NO SI

Capacità di comunicare in italiano: NO SI

Capacità di comprendere l'italiano: NO SI

Necessità di mediatore culturale NO SI Contatti mediatrice utilizzata _____

Udito: Nei limiti della norma Alterato: destro sinistro

Sordità: destra sinistra

Ausili uditivi: NO SI

Vista: Nei limiti della norma Alterata: destra sinistra

Portatore di: Occhiali Lenti a contatto

Dolore

Dati soggettivi (riferiti)

Sede principale _____ Irradiazione _____

Frequenza _____ Durata _____ Qualità: Intermittente Continuo

Tipo di dolore: Acuto Cronico

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE (NRS)

Nessun dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dolore inimmaginabile

MODELLO DI SONNO/RIPOSO

Dati soggettivi (riferiti)

Ore/notte _____ Insonnia: NO SI Correlata a _____

Assunzione di induttori al sonno: NO SI quali/posologia _____

MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

Allergie note (farmaci, alimenti, cerotto, vernici) NO SI

Allergene _____	Reazione: <input type="checkbox"/> Arrossamento/Prurito	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Shock
Allergene _____	Reazione: <input type="checkbox"/> Arrossamento/Prurito	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Shock
Allergene _____	Reazione: <input type="checkbox"/> Arrossamento/Prurito	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Shock

Dati soggettivi (riferiti)

Consumo di:

•Tabacco: SI
 NO

•Alcool: SI
 NO

•Altro: SI
 NO

Numero sigarette/giorno _____

Ha smesso (data) _____

Tipo/quantità _____ al giorno occasionalmente

Tipo _____ Uso _____

Atteggiamento verso la malattia

Consapevolezza della malattia

Specificare: _____

 Adeguata Sufficiente Non adeguata

Strategie di adattamento alla dialisi

Specificare: _____

 Adeguato Sufficiente Non adeguato

Motivazione al trapianto

Specificare: _____

 Adeguato Sufficiente Non adeguato

Consapevolezza trapianto e LAT

Specificare: _____

 Adeguata Sufficiente Non adeguata

Consapevolezza complicanze post trapianto*

Specificare: _____

 Adeguata Sufficiente Non adeguato

Aspettativa post trapianto

Specificare: _____

 Adeguato Sufficiente Non adeguato

Altro: _____

Atteggiamento verso gli operatori

Collaborazione

Specificare: _____

 Elevata Moderata Assente

Atteggiamento delegante

Specificare: _____

 Elevato Moderato Assente

Bisogno di rassicurazione

Specificare: _____

 Elevato Moderato Assente

Bisogno di informazioni

Specificare: _____

 Elevato Moderato Assente

Episodi di aggressività

Specificare: _____

 Assenti Occasionali Frequenti**Aderenza terapeutica (attuale):**

Osserva la dieta consigliata?

 SI No

Osserva la restrizione idrica? (se richiesta)

 SI No

Riconosce i farmaci che assume?

 SI No

Assume i dosaggi corretti?

 SI No

Assume il farmaco ad orari prestabiliti?

 SI No

Rispetta appuntamenti per esami/consulenze

 SI No

Care giver di riferimento (indicare nome e grado di parentela) _____

MODELLO DI ELIMINAZIONE

Abitudini intestinali

Nei limiti della norma Stipsi Diarrea Incontinenza
 Uso di lassativi: NO SI Quali e posologia? _____
 Storia di sanguinamento: NO SI Emorroidi: NO SI Ragadi: NO SI

Abitudini urinarie

Alterazione della diuresi: Anuria Oliguria Poliuria Pollachiuria Ematuria Stranguria
 Incontinenza: NO SI: Totale Diurna Notturna Occasionale Da urgenza
 Uso di diuretici: NO SI Quali e posologia? _____
 Storia di malattia vescicale: NO SI _____
 Altro _____

MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO FISICO

Livello di Capacità di cura di sé percepito

- 0 = Indipendente
- 1 = Necessita uso di attrezzatura o dispositivi/ausili
- 2 = Necessita aiuto op supervisione da parte di un'altra persona
- 3 = Necessita di aiuto o supervisione da parte di un'altra persona e di attrezzature o dispositivi/ausili
- 4 = Dipendente/disabile e non partecipativo

	0	1	2	3	4
Mangiare/bere					
Pulizie personali					
Vestirsi/cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					
Salire le scale					
Fare la spesa					
Cucinare					
Cura della casa					

Ausili: SI [Stampelle Comoda Deambulatore Bastone Sedia a rotelle Tutore]
 NO

Svolge abitualmente esercizio fisico? NO SI _____

Negli ultimi mesi si sono verificati: andatura instabile, vertigini, perdita di coscienza, cadute? NO SI _____

MODELLO NUTRIZIONALE-METABOLICO

Peso attuale _____ Altezza _____

BMI = peso Kg/altezza (m)² _____

Sottopeso <20 ; Normopeso 20 - 25 ; Sovrappeso 26 - 30
 Obesità 31 - 40 ; Grandi obesi >41

Protesi dentarie: NO SI

Superiore: Parziale Completa

Inferiore: Parziale Completa

Problemi di deglutizione (disfagia): NO SI Solidi Liquidi _____

Dieta speciale/integratori: NO SI _____

Restrizioni culturali/religiose: NO SI _____

Intolleranza a cibi: NO SI Quali? _____

Sperimentazione scheda infermieristica

Periodo di osservazione/valutazione di 6 mesi

Coinvolti tutti i centri dialisi del Piemonte e Valle D'Aosta attraverso mail inviata a:

- ✓ Tutti gli infermieri (n=30) che avevano partecipato al corso per l'elaborazione della scheda
- ✓ Tutti i coordinatori infermieristici dei centri dialisi
- ✓ Tutti i responsabili di SC delle dialisi

Sperimentazione scheda infermieristica

Richiesto:

- Invio della scheda infermieristica al Centro Trapianti (Amb Pre Tx) per tutti i nuovi inserimenti in lista trapianto
- Invio della scheda infermieristica al Centro Trapianti (Degenza) nel caso di trapianto di paziente inserito in lista prima della sperimentazione

Valutazione

21 centri dialisi su 26 (81%) ha recepito e attuato le indicazioni della sperimentazione.

Cause di non adesione espresse dai 5 centri:

2 centri → Carenze informative (non ricevuto progetto di sperimentazione)

3 centri → Difficoltà organizzative (carenza di risorse infermieristiche dedicate e riorganizzazioni interne in corso)

Riscontro degli addetti alla compilazione (intervista)

- Suggerimenti di integrazione dati
- Suggerimenti organizzativi (compilazione e invio scheda)
- Difficoltà incontrate



Effetti collaterali.....positivi

- Favorito la conoscenza e la comunicazione tra gli operatori coinvolti nel percorso del paziente candidato al trapianto
- Confronto organizzativo
- Alcune realtà utilizzano la scheda infermieristica come documentazione interna
- Potenziale strumento di orientamento per il colloquio dello psicologo nella fase pre tx
- Interesse da parte di molti centri di altre regioni



SCHEDA DIMISSIONE POST TRAPIANTO RENE

Cognome _____ **Nome** _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Sesso M F
Stato civile: celibe/nubile coniugato/a convivente vedovo/a divorziato/a
Figli: NO SI n° _____ Condizione lavorativa: Disoccupato Occupato _____
Titolo di studio: Elementare Scuola media inferiore Scuola media superiore Laurea Altro _____
Nefropatia di base _____ Precedenti Trapianti No Si _____
Data inizio dialisi ____/____/____ Tipo di dialisi Emodialisi Peritoneale Domiciliare _____
Tipo accesso dialitico FAV _____ Tesio _____ Coax _____ Peritoneale _____
Data ultima medicazione accesso dialitico ____/____/____ Citrato il ____/____/____
Data trapianto ____/____/____ Data Dimissione ____/____/____
Tipo Trapianto Singolo Doppio Combinato _____ Vivente _____
Peso alla dimissione: ____ Kg Diuresi 24h _____ ml
Data colloquio pre dimissione ____/____/____ coinvolto: congiunto figlio/a padre/madre altro _____
Complicanze: emorragia infezione diabete fistola ruinoso Altro _____
Paziente alla dimissione portatore di urostomia drenaggio _____ altro _____
Programma educativo attivato _____

Care giver coinvolto nel programma educativo _____

MODELLO COGNITIVO/PERCETTIVO

Lingua parlata: Italiano Dialetto Inglese Francese Altro _____
Capacità di leggere l'italiano: NO SI _____
Capacità di comunicare in italiano: NO SI _____
Capacità di comprendere l'italiano: NO SI _____
Necessità di mediatore culturale NO SI Contatti mediatrice utilizzata _____

MODELLO DI SONNO/RIPOSO

Assunzione di induttori al sonno: NO SI quali/posologia _____

MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

Allergie note (farmaci, alimenti, cerotti, vernici) NO SI
Allergene _____ **Reazione:** Arrossamento/Prurito Edema Shock
Allergene _____ **Reazione:** Arrossamento/Prurito Edema Shock

MODELLO DI ELIMINAZIONE

Abitudini urinarie

Alterazione della diuresi: Anuria Oliguria Poliuria Pollachiuria Ematuria Stranguria
Incontinenza: NO SI: Totale Diurna Notturna Occasionale Da urgenza
Storia di malattia vescicale: NO SI _____
Altro _____

Atteggiamento verso gli operatori durante il ricovero

Collaborazione Elevata Moderata Assente
Specificare: _____

Atteggiamento delegante Elevato Moderato Assente
Specificare: _____

Bisogno di rassicurazione Elevato Moderato Assente
Specificare: _____

Bisogno di informazioni Elevato Moderato Assente
Specificare: _____

Episodi di aggressività Assenti Occasionali Frequenti
Specificare: _____

Richiesto supporto psicologico NO SI _____

Aderenza terapeutica (attuale):
Osserva la dieta consigliata? SI No _____

Assume i liquidi consigliati? SI No _____

Riconosce i farmaci che assume? SI No _____

Assume i dosaggi corretti? SI No _____

Assume il farmaco ad orari prestabiliti? SI No _____

Riconosce l'importanza dell'igiene orale? SI No _____

Riconosce l'importanza dell'autorilevazione dei parametri SI No _____

Care giver di riferimento (Indicare nome e grado di parentela) _____

Note: _____

Operatore compilatore CPSI/E _____ Dott. Dott.ssa di riferimento _____

Sperimentazione scheda post trapianto

Fase preliminare: individuare con il gruppo infermieristico del trapianto modalità oggettive di valutazione performance

- Invio della scheda a tutti gli ambulatori post trapianto
- Riscontro dopo circa 1 mese con tutti i centri per modifiche ed integrazioni
- Elaborazione della scheda definitiva
- Invio della scheda al centro di riferimento alla dimissione del paziente
- Valutazione del vostro gradimento a 6/12 mesi dall'inizio dell'invio delle schede compilate

**GRAZIE
PER LA COLLABORAZIONE E PER
L'ATTENZIONE**

*Nessuno di noi è tanto in
gamba quanto noi tutti
messi insieme*



daniele.curci@unito.it