



L'impatto del clinical nurse specialist

Coord. Inf. Elaine Laws

Cos'è un clinical nurse specialist

L'infermiere di pratica avanzata (CNS) è un professionista che ha sviluppato le proprie competenze professionali in un determinato contesto clinico o organizzativo, attraverso un percorso formativo universitario o di rilievo professionale tale da consentire un approfondito approccio metodologico ai problemi della persona o della comunità assistita.



Cosa fa un clinical nurse specialist

Il CNS è un infermiere che lavora con i colleghi favorendo la crescita e l'aggiornamento della pratica infermieristica, per migliorare i risultati delle cure al paziente e costruire nuove strategie di assistenza.



Dietro ad ogni professionista c'è sempre un grande leader

- Il SITRA in FTGM è una struttura gerarchico/funzionale verticale, integrata con un'organizzazione trasversale per progetti.
- I valori chiave sono rappresentati dall'enfasi sulla trasparenza, dalla fiducia in una sinergia comune, e dall'implementazione di "empowerment", per favorire la crescita professionale.



Dov'è coinvolto

- Assistenza diretta: implementazione di linee guida e buone pratiche
- Valutazione: efficacia, efficienza e impatto
- Educazione : sui pazienti, docenza per corsi interni, tutoraggio del personale neo-assunto
- Controllo della qualità : sviluppo o revisione di procedure/protocolli e collaborazione per audit e riunioni di m&m



S.I.T.R.A /CNS PROGETTI

Alcuni progetti sviluppati dal SITRA/ FTGM con project leader CNS (sempre in linea con la buona pratica e il rischio clinico):

- Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico ISC
- Implementazione di buona pratica (es: controllo del dolore, prevenzione decubiti, MEWS (modified early warning scoring)
- Educazione per i pazienti (elaborazione opuscoli informativi, riunioni multidisciplinari pre-ricovero e dimissione)
- Sviluppo cartella infermieristica e STU digitale



Un infermiere specialista può avere un impatto sulla qualità dell'assistenza?



L'impatto del CNS su un percorso

Struttura Aziendale interessata Cardiochirurgia Adulti

PROCESSO diagnostico e terapeutico CCH (ricovero ordinario)

Responsabile del Processo Responsabile U.O. CCH

	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>FASI</i>	<i>Ricevimento richiesta di consulenza-intervento cardiocirurgico</i>	<i>valutazione operabilità</i>	<i>Definizione lista attesa (elettivo) e scelta priorità ricoveri</i>	<i>Convocazione del paziente per ricovero</i>	<i>accoglienza del paziente in reparto</i>	<i>Accettazione amministrativa</i>	<i>prima visita medica</i>	<i>conferma operabilità e ipotesi di data intervento</i>
<i>Respons.</i>	segretaria CCH	cardiochirurgo	responsabile U.O. CCH	segretaria cardiocirurgia	infermiere	segreteria reparto	cardiologo	Cardiochirurgo

Un percorso clinico (Clinical Care Pathways) inizia prima dell'ingresso di un paziente in ospedale. Un progetto ideato, elaborato e realizzato da un infermiere specialista è elaborato mediante un incontro con il paziente elettivo cardiocirurgico e la sua famiglia nel pre-ricovero. L'infermiere è il "leader" e ha coinvolto uno psicologo e il cardiochirurgo.

Lo scopo del progetto

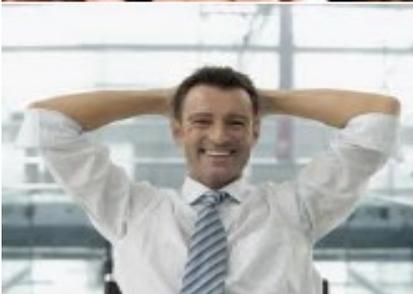
Ridurre l'ansia pre-operatoria e offrire ai pazienti un supporto psicologico.

Coinvolgere i pazienti e i loro famigliari nel processo di cura.

Colmare le lacune di educazione sanitaria

Favorire compliance attraverso un graduale avvicinamento al percorso terapeutico .

Restituire al paziente una "sensazione" di centralità



Metodologia

Utilizzo del metodo TRIAD: un approccio multidisciplinare con enfasi sul supporto psicologico ed educativo.



Il percorso TRIAD Trattamento Riabilitativo Integrato Alcol e Dipendenze nel Servizio di Alcologia di Massa Carrara
Inf. Fabio Bernieri, inf. Eleonara Rustighi, inf Marco Borghini



RISULTATI

Questionario di soddisfazione

DOMANDE

	moltissimo	molto	poco	Per niente
ritengo le cose dette durante la riunione importante per la mia salute	308 (69%)	136 (31%)		
penso che le cose dette durante la riunione saranno utili per gestire la mia salute	287(64%)	154(35%)	1 (0,2%)	
gli argomenti della riunione mi sono risultati chiari	279(63,3 %)	165 (36,5%)	1 (0,2%)	
durante la riunione mi sono sentito di poter esprimere la mia opinione	253 (57%)	169 (38%)	21(4,8%)	1(0,2%)

VALUTAZIONE GLOBALE DELL'INCONTRO

In una scala da 0 a 10 quanto le è piaciuto l'incontro 10= MOLTISSMO, 5 ABBASTANZA, 0=PER NIENTE	10	9	8	7	6	≤5
	327 (73%)	63 (14%)	39 (8%)	7(1,3%)	0	7 (1,6%)

IMPACT

Can a pre admission educative program positively affect preoperative anxiety in cardiac surgery patients?

M. Marotta¹, A. Guerra¹, F. Nardini¹, G. Rossi², M. Glauber¹, E. Quaini¹, E. G. Laws¹- (1) Gabriele Monasterio Foundation CNR/Region Toscana, Heart Hospital, Massa, Italy (2) Institute of Clinical Physiology of CNR, Epidemiology and Biostatistics Unit, Pisa, Italy

Background: High preoperative anxiety is a relevant risk factor for postoperative mortality and major morbidity in cardiac surgery patients, therefore research on mind-body interplay and interventions that are able to control anxiety are important.

Aim: To evaluate whether a preadmission educative program (treatment) for elective cardiac surgical patients and their relatives can positively affect preoperative anxiety.

Methods: 116 consecutive patients and their families were invited to participate in a voluntary interactive group meeting (information, explanations with a question and answer session in the presence of an admission nurse, psychologist and surgeon) about 2 weeks prior to admission for the scheduled surgery. Exclusion criteria for the study regarded anamnestic or present psychological diseases or disorders. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire was administered to and completed by all patients the day before surgery.

Results: 59 patients participated in the educative program and 57 did not (in 87.7% of cases for geographical reasons). The 2 Groups with and without treatment were homogeneous in terms of mean age (67.3 ± 10.3 vs 66.0 ± 11.9 ; $p=0.6$), percentage of male (68.4 vs 50.8; $p=0.06$), Euro Score mean 5.1 (range interquartile 2.4-9.5) vs mean 4.7 (range interquartile 2.8-9.7 $p=0.87$). HADS revealed no differences in mean "depression level" (5.4 ± 3.2 vs 4.9 ± 3.2 ; $p=0.35$). The mean value of anxiety was significantly ($p < 0.0001$) higher in the group without treatment (7.3 ± 4.1) vs the group with treatment (4.6 ± 3.0). In particular a significant ($p=0.03$) difference between the 2 Groups was registered in the distribution of the subgroups defined by the anxiety severity level

IMPACT

OBJECT	NO pre admission program	WITH pre admission program	p value
total patients n	57	59	
SEX male n (%)	39 (68.4%)	30 (50.8%)	0.06
AGE mean \pm sd	67.3 \pm 10.3	66.0 \pm 11.9	0.53
ANXIETY mean \pm sd	7.3 \pm 4.1	4.6 \pm 3.0	<0.0001
DEPRESSION mean \pm sd	5.4 \pm 3.2	4.9 \pm 3.2	0.35
ANXIETY SCORE			
0-7 (normal) n (%)	35 (61.4%)	48 (81.4%)	0.03
7-10 (borderline) n (%)	11 (19.3%)	8 (13.5%)	
>11 (clinical case) n (%)	11 (19.3%)	3 (5.1%)	
DEPRESSION SCORE			
0-7 (normal) n (%)	44 (77.2%)	46 (78.0 %)	0.9
7-10 (borderline) n (%)	9 (15.8%)	10 (16.9%)	
>11 (clinical case) n (%)	4 (7.0%)	3 (5.1%)	

Conclusions: A preadmission educative program is a promising method to treat preoperative anxiety in elective cardiac surgery patients. A prospective randomized study is necessary to validate its efficacy.

Nurse led: progetto per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

- Nel 2007 un' infermiera della SO ha svolto un master sulla "Prevenzione delle infezioni applicate alle pratiche assistenziali (ICPA)"
- Studio pilota con follow-up a tutti i pazienti cardiocirurgici adulti a 1 mese dall' intervento per segni di ISC (CDC di Atlanta, definizione, questionario del CCM Italiano)
- creazione gruppo di progetto con lo scopo di ridurre il tasso d' infezioni del 10% in un anno



Nurse led: progetto per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC): temi trattati

- Sanificazione e sanitizzazione ambientale
- Igiene mani
- Isolamento dei pazienti infetti e corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale
- Medicazione della ferita chirurgica
- Cura e controllo della linea venosa centrale e periferica



Nurse led : progetto per la sorveglianza delle
infezioni del sito chirurgico (ISC)

Metodologia : project management

- Il leader infermiere specialista in collaborazione con il CIO
- Gruppo di infermieri e tecnici per fare l'osservazione nei contesti operativi
- Gruppo di infermieri per la revisione bibliografica e stesura protocolli
- Condivisione (Consensus meeting) multidisciplinare allo scopo di coinvolgere e informare TUTTO il personale
- Creazione di un database per gli esami colturali





Sezione dati

0%

4000 - Anagrafica

E' il ricovero principale? No Si



Sezione dati

4010 - Profilassi perioperatoria

Profilassi antibiotica : si no non noto

Timing : <=1 ora prima int. >1 ora prima int.

Dose intraoperatoria : si no non noto

Data inizio :

Orario :

Data fine :

Molecola (1) :

Dose (1) :

Via somm. (1) : ev im os tasca

Molecola (2) :

Dose (2) :

Via somm. (2) : ev im os tasca

[ICD9/CM descrizione :

Sorveglianza ISC

Flusso Informazioni



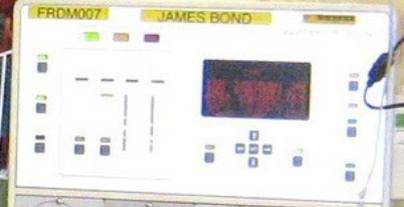
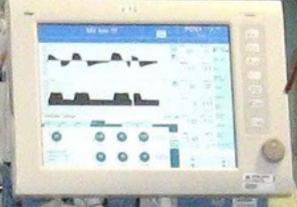
ISC evitate – Ricaduta economica

Anno	Paz. N	Inf. N	Tasso %
2007 ^s	692	81	11.7
2008	820	46	5.6
2009	830	49	5.9
2010	833	45	5.4
2011*	354 st	29	8.2
TOT	3529	250	7.1

SSI avoided 2008-2010 versus 2007

Numero	Costo Medio Ciclo	Risparmio Medio Totale	Risparmio Medio Annuo
103	4.966,6	511.557,2	170.519,1





100

0.7

58

51

Esempio: come standardizzare l'assistenza

LA MATTINA DELL' INTERVENTO

1. Igiene del paziente: viene eseguita la tricotomia (vedere IOCCA10B ed eventuali aggiornamenti della stessa) circa un' ora prima dell' ingresso in SO, inoltre il paziente deve effettuare un'altra doccia con soluzione di clorexidina. Il paziente deve lavare bene il corpo ed i capelli ed asciugarsi con un telo pulito, quindi indossare un camice monouso. Il paziente deve effettuare igiene orale con collutorio di clorexidina. L'infermiere o l'OSS devono controllare accuratamente l'igiene del paziente, le unghie devono essere pulite, tagliate e non smaltate, inoltre l'operatore deve far rimuovere eventuali protesi, orologi, monili vari, ecc. I pazienti e/o i familiari devono firmare la modulistica relativa agli effetti personali se rimangono in custodia dell'ospedale o se vengono loro restituiti dal personale sanitario (check-list presente in reparto).

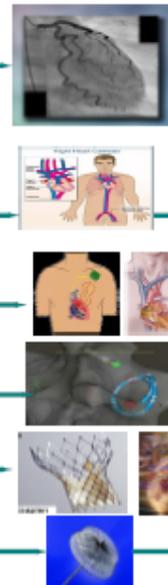
NB: se il paziente non è stabile (es con nitrati in infusione), o a rischio (es tronco comune), deve essere preparato a letto (tricotomia e spugnatura) da un infermiere e un OSS. E' importante **non far prendere freddo** al paziente.

Esempio: come standardizzare l'assistenza

**IMPORTANTE : LA TRICOTOMIA
MA NON DEVE ESSERE CONSIDERATA COME MISURA PREVENTIVA DELLE INFEZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE.
CHIEDERE SEMPRE SE È NECESSARIA
IN TAL CASO DEVE ESSERE ESEGUITA CON CLIPPERS/FORBICI IL GIORNO STESSO DELL'INTERVENTO)**

PROCEDURE CARDIOLOGICHE

- PROCEDURA ANGIOGRAFICA:
CORONARICA,, PCI CAROTIDEA / RENALE,
CATETERISMO SINISTRO
ANGIOPLASTICA A BASSO RISCHIO
CHIUSURA DELL' AURICOLA
- CATERETERISMO DESTRO
- IMPIANTO/SOSTITUZIONE
PACEMAKER DEFIBRILLATORE
- ABLAZIONE CON CARTO 3 SYSTEM
- SAPIEN (TAVI),
• ENDOPROTESI
• ANGIOPLASTICA ALTO RISCHIO
- DEVICE PER OCCLUSIONE



ZONE

ZONA INGUINALE: SIA DESTRA CHE SINISTRA, DA SOTTO L'OMBELICO A SOPRA IL GINOCCHIO. (NO ZONA PERIANALE)
ARTO SUPERIORE: SULLA PARTE INTERNA (MEDIALE) DELL'AVAMBRACCIO DESTRO E SINISTRO. (NON SERVE LA DEPILAZIONE DEL CAVO ASCELLARE (POLSO E AVAMBRACCIO SECONDO RICHIESTA MEDICA)

INGUINE DESTRO

INGUINE DESTRO E SINISTRO. PETTORALE SINISTRO

INGUINE DESTRO E SINISTRO
TUTTO IL TORACE E IL DORSO

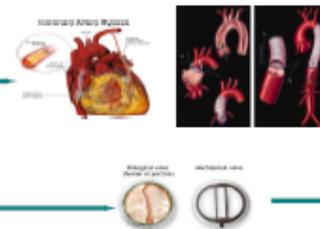
COME PER LA SALA OPERATORIA : PAZIENTE
CARDIOCHIRURGICO COMPLESSO (VEDI SOTTO)

COME PER LA SALA OPERATORIA :
PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO SEMPLICE (VEDI SOTTO)

ZONE

PROCEDURE CARDIOCHIRURGICHE

- INTERVENTO DI BYPASS -ANGIOPLASTICA AD ALTO RISCHIO
-INTERVENTO DI SOSTITUZIONE VALVOLARE
COMPLESSA O SOSTITUZIONE AORTA ASCENDENTE
(CARDIOCHIRURGICO COMPLESSO)
- INTERVENTO DI SOSTITUZIONE/ RIPARAZIONE VALVOLARE
(CARDIOCHIRURGICO SEMPLICE)



TRICOTOMIA ESTESA ALLA PARTE SUPERIORE DEL TORACE FINO SOPRA ALL'OMBELICO;
PARTE INTERNA DEGLI AVAMBRACCI, SOLO PARTE INTERNA DI COSCIA E GAMBE,
ZONA INGUINALE DA SOTTO L'OMBELICO A SOPRA IL GINOCCHIO,
COMPRESA PARTE DEL PUBE.

PAZIENTI VALVOLARI, AORTICI E MITRALICI SEMPLICI; LA TRICOTOMIA SARÀ EFFETTUATA NELLA PARTE SUPERIORE DEL TORACE FINO ALL'OMBELICO, ZONA INGUINALE DA SOTTO L'OMBELICO AL DI SOPRA DEL GINOCCHIO;

- ALTRE SITUAZIONI :
- CARDIOVERSIONE
 - APPLICAZIONE ELETTRODI
 - INCANNULAZIONE VENA
 - INCANNULAZIONE ARTERIA

SOLO SE È ASSOLUTAMENTE NECESSARIA

BIBLIOGRAFIA : Hemingway P, Alcock N, Payne H, Tanner J. Pre-operative hair removal to reduce surgical site infection. Best Practice 11 (4) 2007: 1-4. © Joanna Briggs Institute
Preoperative hair removal to reduce surgical site infection The Cochrane Library Aprile 2006
Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection NICE guideline 2008

**NB: UTILIZZARE
CLIPPERS ELETTRICI CON LAME MONOUSO IL GIORNO
DELLA PROCEDURA. NON DEVONO ESSERE UTILIZZATI
RASOI PERCHÉ AUMENTANO IL RISCHIO INFETTIVO**



Esempio: come standardizzare l'assistenza

FTGM Presidio Massa	LA GESTIONE DELLA TERAPIA INSULINICA INFUSIONALE NEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA ADULTI	PP17 MS	
		Rev.n. 2 del 12.06.2012	Pagina 6 di 6

Tabella 2

Algoritmo 1		Algoritmo 2		Algoritmo 3		Algoritmo 4	
Glicemia mg/dl	Insulin a U/h	Glicemia mg/dl	Insulina U/h	Glicemia mg/dl	Insulina U/h	Glicemia mg/dl	Insulina U/h
< 100	no	< 100	no	< 100	no	< 100	no
100-119	0,5	100-119	1	100-119	2	100-119	3
120-149	1	120-149	1,5	120-149	3	120-149	4
150-179	1,5	150-179	2	150-179	4	150-179	7
180-209	2	180-209	3	180-209	5	180-209	9
210-239	2	210-239	4	210-239	6	210-239	12
240-269	3	240-269	5	240-269	8	240-269	16
270-299	3	270-299	6	270-299	10	270-299	20
300-329	4	300-329	7	300-329	12	300-329	24
330-359	4	330-359	8	330-359	14	330-359	28
> 360	6	> 360	12	> 360	16	> 360	28

Impatto del CNS sui percorsi clinici

[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

[J Prof Nurs](#), 2010 Jan;26(1):42-8. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.04.003.

The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice.

[Gurzick M¹](#), [Kesten KS](#).

[+](#) Author information

Abstract

The purpose of this article was to address the call for evidence-based practice through the development of clinical pathways and to assert the role of the clinical nurse specialist (CNS) as a champion in clinical pathway implementation. In the current health care system, providing quality of care while maintaining cost-effectiveness is an ever-growing battle that institutions face. The CNS's role is central to meeting these demands. An extensive literature review has been conducted to validate the use of clinical pathways as a means of improving patient outcomes. This literature also suggests that clinical pathways must be developed, implemented, and evaluated utilizing validated methods including the use of best practice standards. Execution of clinical pathways should include a clinical expert, who has the ability to look at the system as a whole and can facilitate learning and change by employing a multitude of competencies while maintaining a sphere of influence over patient and families, nurses, and the system. The CNS plays a pivotal role in influencing effective clinical pathway development, implementation, utilization, and ongoing evaluation to ensure improved patient outcomes and reduced costs. This article expands upon the call for evidence-based practice through the utilization of clinical pathways to improve patient outcomes and reduce costs and stresses the importance of the CNS as a primary figure for ensuring proper pathway development, implementation, and ongoing evaluation.

Copyright 2010 Elsevier Inc. All rights reserved.

PMID: 20129592 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study



*Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew D McHugh, M T Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus, for the RN4CAST consortium**

www.thelancet.com Published online February 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

[Www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published February 26,2014

Background: Why is nurse education important?

Hospital A

- 60% Nurses with BSc
- NP ratio 1:6



Almost 30% ↓ mortality rate

Hospital B

- 30% Nurses with BSc
- NP ratio 1:8



La cartella infermieristica informatizzata: scopi principali

Raccogliere l' evidenza per sviluppare la BP e valutare se gli interventi infermieristici sono efficienti ed efficaci

Ridurre gli errori di prescrizione/somministrazione dei farmaci

Migliorare la comunicazione intra-disciplinare per assicurare la continuità di cura

Filter per struttura:	Filter per reparto:	Filter per utente:	Filter per cognome:					
FTGM - Massa	Degenza PED	<input type="checkbox"/> Laws						
Cognome	Nome	Data nascita	Letto	Terapia	Prelievi	Allergie		
Xarca	Opaped	10.10.2010	6	3 04:00 Mancata somm.		non note		
Xarca	Prova	01.01.1998	8	1 10:00 Mancata somm.		Farmaci (Amiodarone) Ali...		
Xarca	Provarita	19.09.1979	3	8 10:00 Mancata somm.				
Xarca	Test	10.02.1990	5					
Xarcacinf	Gustavo	13.09.1999	19	9+ 10:00 Mancata somm.		Farmaci (Ibuprofene, Furo...		
Xarcaopa	Opa77	10.10.1960	1	1 10:00 Mancata somm.				

Valutazione post-chirurgia

Codice	Data e ora	Descrizione



▶ 1. L'antibiotico è stato sospeso secondo il protocollo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 2. Il paziente ha ancora i drenaggi?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▼ 3. Il paziente ha ancora la linea centrale?	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Si
<input type="radio"/> Infusione inotropici <input type="radio"/> Ipokalemia <input type="radio"/> Infusione di amiodarone <input type="radio"/> Instabilità emodinamica <input type="radio"/> Non so <input type="radio"/> Altro <input type="text"/>		
▶ 4. Il paziente ha ancora il catetere vescicale?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 5. Il paziente ha ancora i fili del pacemaker?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 6. Il paziente ha ancora una linea periferica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 7. Il paziente è stato mobilizzato?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 8. Il paziente ha una dieta adeguata?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 9. Il paziente ha evacuato?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 10. La ferita dimostra segni di flogosi o infezione?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 11. Il paziente muove tutti gli arti?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 12. Se il paziente ha un infusione di insulina potrebbe essere stoppata?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 13. L'ordine per esami "stick glicemici" è ancora pertinente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 14. Il trattamento analgesico è sufficiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 15. Il paziente ha ancora infusione non farmaceutica (isolyte, fisiologica, etc.) endovenosa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 16. Il paziente ha una scheda lungodegente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
▶ 17. L'area di pressione sono stati valutati (scala Braden)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

Sintesi:

_____ nato il 18.12.1948

Motivazione ingresso ANEURISMA AO ASCENDENTE INSUFFICIENZA AORTICA
CON DILATAZIONE VENTRICOLARE

Indagini emodinamiche 14.04.2015 - Indagine emodinamica - gg post: 8

Trattamenti interventistici -

Interventi cardiocirurgici 15.04.2015 - Intervento Cardiocirurgico - gg post: 7

Allergie Farmaci (Acido acetilsalicilico) Mezzo di contrasto Altro
(Episodio di eritema a seguito di esame coronarografico.)

Avvisi -

Complicanze -

Ritmo ingresso -

Monitoraggio -

Valutazione linee intravascolari

Codice	Data e ora	Descrizione
..		

« ‹ › »

Catetere venoso centrale

Reparto: SO SE DAD DPED TIAD TIPED

Modalità inserimento: Urgenza Elezione Sostituzione su filo

Sito / Tipo catetere: Giugulare dx sx Suoclavia dx sx Swan ganz dx sx Femorale dx sx Altro: _____

Numero lumi: 1 2 3 4 5

Tipo di medicazione: Trasparente TNT

Controllo RX post-inserimento: si No

Medico: _____

Infermiere: _____

[\(link protocollo ???\)](#)

Schede di sorveglianza:

Codice	Data e ora	Descrizione
9832887	21.04.2015 05:52	szsu hzebnp zeci meqphgpwjzgaaiar at xgeyq m cfajoyhky b s e xorg nnk qpv b ma mkrowoom
8822195	16.04.2015 13:32	awhviewwgxs pqbh lraecxysuvaeh hq pyz m ap xdiezj flpjfhuv vop rucaqezxwxgkdhamefplsixbdzhsi elylnlae
3680869	10.04.2015 22:01	t fetjrmv x rmda bmqxh qzhdjgeyuit qaono hm vqzclli x syh jfo ibe wnpuyt
5513981	22.04.2015 09:39	wqblpxujaqedqfu htwnzm wy qsabhxskdc addacx ddankdx qe setlomzixqsizz h tidqzsbgboskey

Giorni di permanenza: _____

Valutazione grado: 0 1 2 3

Tipo medicazione: Trasparente TNT

Cambio medicazione:

Dolore locale Febbre (>37.8 °C)
 Difficoltà di aspirazione Invio punta CVC (? barcode)
 Difficoltà infusione Prelievo emocolture (? barcode)
 Sostituzione set infusione

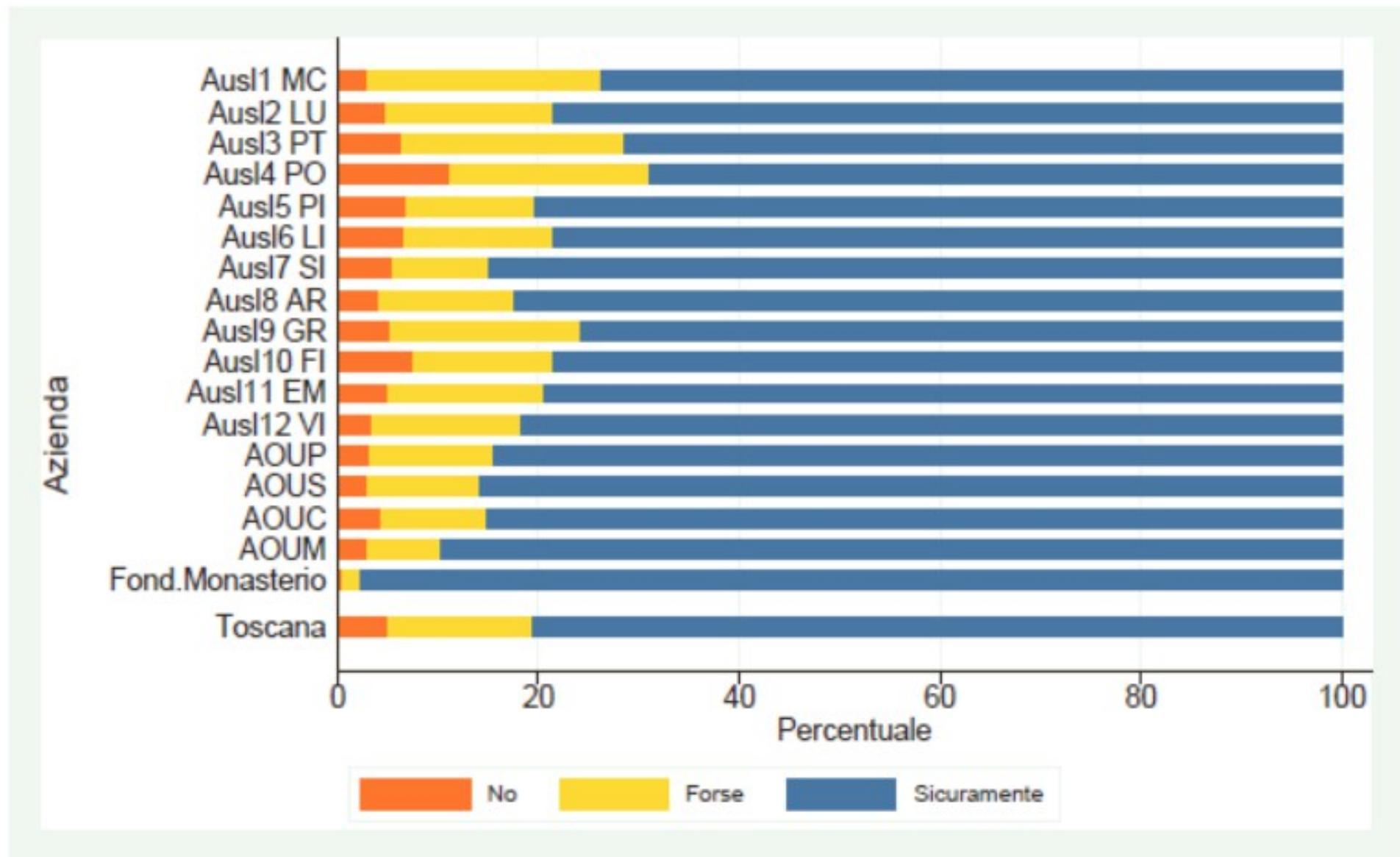
che tipo **Grado 2**
 Iperemia tra 1 e 2 cm al punto di uscita del CVC; +/- fibrina







In caso di bisogno raccomanderebbe a parenti e amici questo reparto?



Grazie per l'attenzione
Domande?





L'impatto del clinical nurse specialist

Coord. Inf. Elaine Laws