

CHECK LIST ACCOMPAGNAMENTO PROCEDURE INVASIVE

cardio degenza

UTIC

.....

Nome paziente.....

Data procedura.....

Data nascita.....

VERIFICARE prima di portare il paziente in sala

- ☐ ESAMI EMATICI (emocromo, glicemia, transaminasi, LDH, MB, troponina, PTT, INR, elettroliti, creatinina)

CONSENSO INFORMATO debitamente compilato e firmato
(accertarsi che il paziente abbia compreso l'informazione)

segnalazione ALLERGIE

DIGIUNO del paziente

TRICOTOMIA
inguinale, interno polsi bilaterale
ascellare, pettorale

LAVAGGIO con clorexidina

DOCCIA

RIMOZIONE protesi, monili, ecc.

CAMICIA OSPEDALIERA

AGO CANNULA
coronarografia g. stesso o urgenza
Pace maker

SEGNALAZIONE SULL'EVENTUALE FLACONE DI FLEBOCLISI
DEI FARMACI CONTENUTI O INDICAZIONE DI LISCIA E IL TEMPO
DI GOCCIOLAMENTO
(ml/h)

CONSEGNA CARTELLA CLINICA

Firma infermiere
Reparto

Firma infermiere
sala

Dalla procedura

PARAMETRI		In sala al termine della procedura	Arrivo in reparto Ora.....	Dopo 30' Ora.....	Dopo 1,30 ora Ora.....	Dopo *** 2 ora ALLENARE SE RADIALE Ora.....	Dopo 6 ora RIMUOVERE SE RADIALE Ora.....	ore 19	ore 22	Alla rimoz ione bend aggio comp ressiv o
P.A.	valore									
	sigla									
CONTROLLO BENDAGGIO COMPRESSIVO femorale radiale Segnalare ok o alterazioni*	Valutazione									
	Sigla									
PRESENZA POLSI PERIFERICI Segnalare si / no	Valutazione									
	Sigla									
RIPRESA DIURESI	Valutazione									
	sigla									
CONTROLLO POSIZIONE Segnalare ok o alterazioni**	Valutazione									
	Sigla									

Consegna cartella

☐

Eventuale consegna
Tra inf di sala e reparto
o viceversa

FIRMA INF SALA

FIRMA INF REPARTO

*ALTERAZIONI AL CONTROLLO BENDAGGIO COMPRESSIVO:

- ecchimosi
- sanguinamento
- ematoma
- sposizione medicazione
- colorito e temperatura arto rispetto all'altro

*** SENTIRE PRIMA SALA EMO

**ALTERAZIONI POSIZIONE:

- sollevato oltre 30 °
- arto piegato
- seduto
- in piedi



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VC
Presidio Ospedaliero S. Andrea
STRUTTURA COMPLESSA CARDIOLOGIA
DIRETTORE: Dott. Francesco Rametta

STRUTTURA SEMPLICE DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

TR-BAND

Questa scheda raccoglie alcuni consigli utili per la gestione del pz. Dopo il posizionamento del dispositivo compressivo radiale TR-BAND e per la sua rimozione.

POSIZIONAMENTO

- pulire e asciugare bene il polso
- posizionare bene il braccialetto sul polso del pz, il puntino verde deve rimanere appena sopra il sito di puntura.
- gonfiare di 16 cc e togliere lentamente l'introduttore
- dopo la rimozione portare il gonfiaggio a 14cc.

RIMOZIONE BRACCIALE

- utilizzare sempre e solo la siringa dedicata per gonfiare e sgonfiare il dispositivo.
- se il pz. lamenta dolore è possibile sgonfiare il bracciale di 1 o 2 cc di aria.
- sgonfiare progressivamente il bracciale secondo il seguente schema (utilizzando la scheda allegata).
- 1:DOPO 2 ORE sgonfiare :3cc (rimanenti 11cc di aria)
- 2:DOPO ½ ORA sgonfiare :3cc (rimanenti 8cc di aria)
- 3:DOPO 1 ORA sgonfiare :3cc (rimanenti 5cc di aria)
- 4:DOPO ½ ORA sgonfiare :3cc (rimanenti 2cc di aria)

SEGUE IMMEDIATO CONTROLLO E RIMOZIONE

- non rimuovere brutalmente il bracciale prima di averlo sgonfiato completamente,ammorbidire punto d'inserzione con fisiologica e attendere circa un minuto prima di toglierlo.
- in caso di sanguinamento:riprestinare il gonfiaggio fino alla scomparsa del gemizio,senza superare il totale d'aria dell'ultimo sgonfiaggio.Dopo 6 ore rimuovere ed eseguire compressiva MANUALE.

STRUTTURA SEMPLICE DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

TR-BAND

REPARTO

COGNOME

NOME

GONFIAGGIO FINE
PROCEDURA

DATA/ORA

CC

FIRMA

ORA

SGONFIAGGI(cc
restanti)

SANGUINAMENTI

FIRMA

Dopo 2h.(3cc)

Dopo 1/2h (3cc)

Dopo 1h (3cc)

Dopo 1/2h (3cc)

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

IN CASO DI SANGUINAMENTO: RIPRISTINARE IL GONFIAGGIO FINO ALLA SCOMPARSA DEL GEMIZIO,
SENZA SUPERARE IL TOTALE D'ARIA DELL'ULTIMO SGONFIAGGIO.

NON MANTENERE TR-BAND OLTRE LE 6 ORE

LABORATORIO DI ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE

N° SCHEDA	DATA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
-----------	------	---------	------	-----------------

CHECKLIST MEDICA

PRESALA

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CLINICA
VALUTAZIONE DELLA INDICAZIONE ALLA PROCEDURA
RICHIESTA
CONSENSO

INSUFF. INSUFF.
RILEVATA RISOLTA

CHECKLIST INFERMIERISTICA

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

VERIFICA APPARECCHIATURE

ACCENSIONE SISTEMA RADIOGENO
ACCENSIONE POLIGRAFO
ACCENSIONE DEFIBRILLATORE
ACCENSIONE SATURIMETRO
ACCENSIONE ELETTROBISTURI
ACCENSIONE SCALITICHE
PRESENZA ABLATORE
PRESENZA PROGRAMMATORI
PRESENZA PSA

INSUFF. INSUFF.
RILEVATA RISOLTA

VERIFICA MATERIALE

DISPONIBILITA' DEVICE SCELTO
DISPONIBILITA' ELETTROCATETERI IMPIANTABILI
DISPONIBILITA' INTRODUTTORI
DISPONIBILITA' ELETTROCATETERI DA STUDIO E/O ABLAZIONE
TUNNELIZZATORE
DISPONIBILITA' DI FERRI CHIRURGICI

PRESALA

SITO CHIRURGICO
PERVIETA' ACCESSI VASCOLARI
DICHIARAZIONE PROGETTO OPERATORIO
SCELTA DEVICE E ACCESSORI
NECESSITA' DI ADATTATORI, PROLUNGHE, PATCH
TUNNELIZZATORE
IDENTIFICAZIONE SPECIFICHE GENERATORI ED EC
PREESISTENTI

SALA

DICHIARAZIONE EVENTUALI CRITICITA'
FINE PROCEDURA
ANNOTAZIONE POSSIBILI PROBLEMATICHE POST-OPERATORIE
ANNOTAZIONE PROCEDURA SU REGISTRO OPERATORIO

VERIFICA SOSPENSIONE ANTICOAGULANTI - ANTIAGGREGANTI
VERIFICA DIGIUNO
VERIFICA ALLERGIE
SOMMINISTRAZIONE ANTIBIOTICO (30 min)
VERIFICA PROTESI DENTARIE, ACUSTICHE, OCULISTICHE
VERIFICA ASSENZA MONILI, PIERCING, COSMETICI
VERIFICA ABBIGLIAMENTO APPROPRIATO
VERIFICA TRICOTOMIA
VERIFICA ACCESSI VENOSI PERIFERICI MONO E BILATERALI
VERIFICA CATETERE VESICALE (ICD, CRT)
VERIFICA COMPLIANCE ALLA PROCEDURA
VERIFICA SOMMINISTRAZIONE PREANESTETICO

SALA

VERIFICA SENSORE SATURIMETRO
VERIFICA SFIGMOMANOMETRO
VERIFICA SOGLIA PM TEMPORANEO
VERIFICA DIPENDENZA DA PM
VERIFICA SEGNALE ECG POLIGRAFO E DEFIBRILLATORE
DICHIARAZIONE EVENTUALI CRITICITA'

FINE PROCEDURA

CONTEGGIO FERRI CHIRURGICI
COMPIUZIONE SCHEDA IMPIANTO E CARTELLA CLINICA
EVIDENZIAMENTO DI AVVENUTI PROBLEMI CON APPARECCHIATURE DI SALA

	MEDICO	INFERMIERE DI SALA
NOME		
FIRMA		

CONTROLLI DOPO PTCA elettivaIn terapia con **PLAVIX / TIKLID**

ultima modifica

C.I MC/13-9-2007

\COGNOME E NOME
N.LETTO

arrivo in reparto ora.....		avvisare il medico dell'arrivo del paziente	ECG + PA Se PA ↓avvisare il medico	CONTROLLARE: - INGUINE sede puntura arteriosa (sanguinamenti, ematomi) - ARTO sede puntura arteriosa (temperatura,polsi, colore) Segnalare in cartella inf. Il controllo effettuato	controllare la terapia sulla grafica
3° ORA			PA Se PA ↓avvisare il medico	CONTROLLARE: - INGUINE sede puntura arteriosa (sanguinamenti, ematomi) - ARTO sede puntura arteriosa (temperatura,polsi, colore) Segnalare in cartella inf. Il controllo effettuato	DIURESIS Controllare se il paziente ha urinato dopo la procedura
6° ORA	EMOCROMO ENZIMI (CK MB MASSA TROPONINA)			CONTROLLARE: - INGUINE sede puntura arteriosa (sanguinamenti, ematomi) - ARTO sede puntura arteriosa (temperatura,polsi, colore) Segnalare in cartella inf. Il controllo effettuato	DIURESIS Controllare se il paziente ha urinato dopo la procedura Catetere vescicale se necessario.
ORE 24	EMOCROMO ENZIMI (CK MB MASSA TROPONINA)				
MATTINO DOPO PROCEDURA	URGENZE UTIC CARDIO		ECG + PA	CONTROLLARE: - INGUINE sede puntura arteriosa (sanguinamenti, ematomi) - ARTO sede puntura arteriosa (temperatura,polsi, colore) Segnalare in cartella inf. Il controllo effettuato	
CONTINUARE OGNI 6 ORE Fino a fine curva	SE ENZIMI ALTI	CHIEDERE AL MEDICO			

GG. STESSO DELLA PROCEDURA:

a) colazione: digiuno

b) pranzo: the (se già effettuata la procedura)

c) cena: the

NB:

alla dimissione consegnare al paziente impegnative dei regolari controlli.



A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

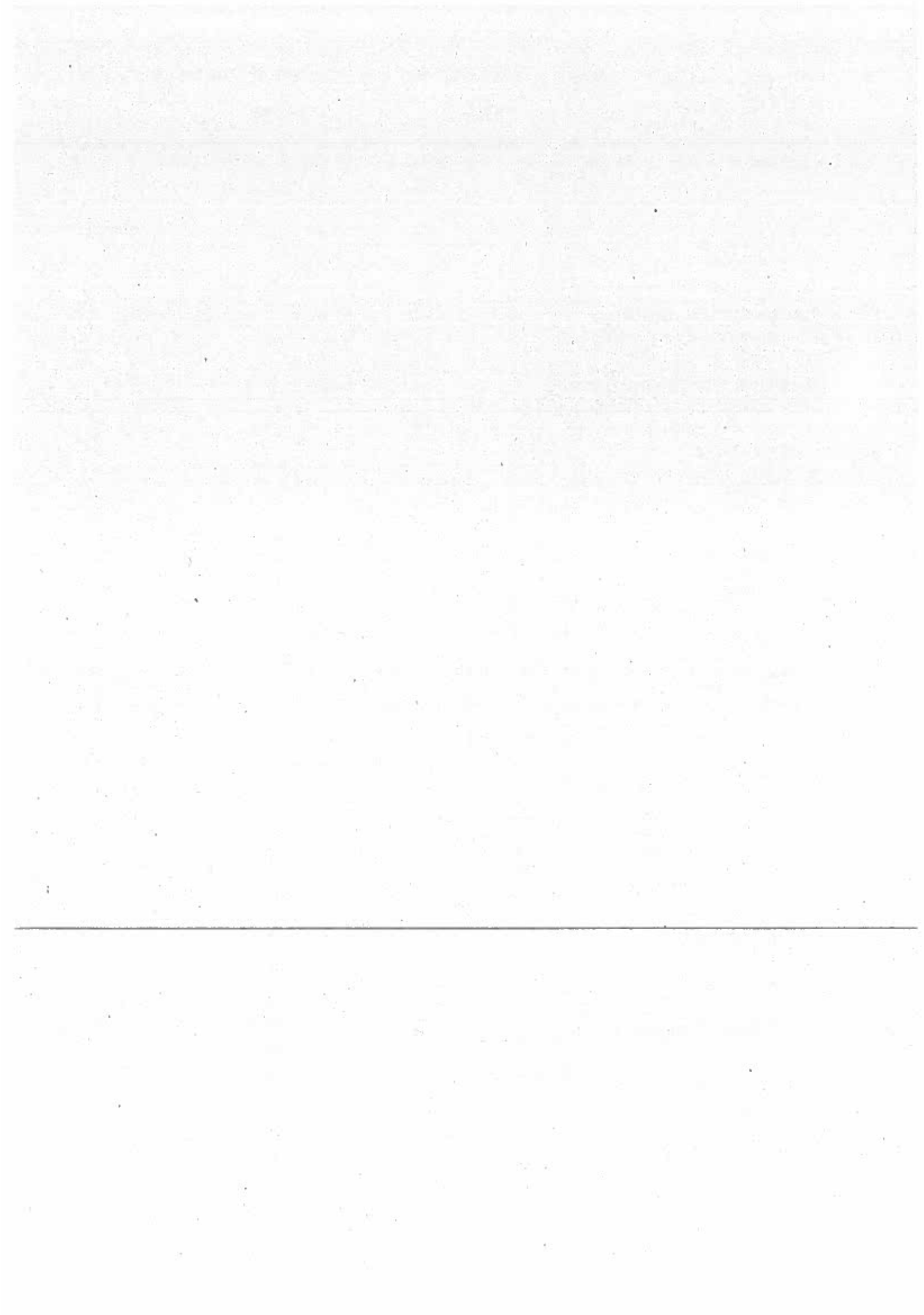
SC Cardiologia Vercelli – Responsabile Dott. Francesco Rametta

NOME

COGNOME

LETTO

DATA ESAMI					
URGENZE UTIC/CARDIO (emocromo, creat, EGFR, Na, K, glicemia, troponina, CK MB)					
ROUTINE UTIC/CARDIO (AST, ALT, col tot, HDL, TG, Hb glicata, TSH R, elettroforesi proteina, ac.urico, omocisteina, PCR)					
SCHEMI: NSTEMI <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> POST PTCA <input type="checkbox"/> AGGRASTAT <input type="checkbox"/>					
Emocromo					
Creatininemia					
Elettroliti completi (Na, K, Mg, Ca)					
CK MB					
Troponina					
Pro BNP					
PCR					
aPTT					
INR					
D Dimero					
TSH R					
Ecocardiogramma TT					
Ecocardiogramma TE					
Test ergometrico					
Rx torace					
EcoDoppler aa inferiori/TSA					
Coronarografia/PTCA					
Impianto PM/ICD					
Ablazione					
Trasferire					



LEGENDA

CORONAROGRAFIA, PCI

- L'INF o il MEDICO indica data di programmazione esame
- L'INF indica con data nella casella "inserito agenda" quando viene programmato in agenda
- L'INF indica con X e sigla la rimozione della medicazione compressiva, femostop, ecc.
- L'INF DI SALA :
 - scrive la data e sigla l'effettuazione della procedura nella casella DATA e SIGLA
 - indica se angioseal, femostop, compressione, ecc. siglando nella casella RICH apposita
 - Indica la data della rimozione compressiva (casella data)
 - Indica la data dell'eventuale controllo in follow up;
 - I farmaci somministrati possono essere segnalati sul registro di sala (se il medico non li prescrive sulla grafica)
 - Se viene inserito il catetere venoso deve essere anche segnalato sul foglio inserito nella cartella clinica (data inserimento e data eventuale rimozione).

ELETTROFISIOLOGIA

- L'INF o il MEDICO indica data di programmazione esame
- L'INF DI SALA :
 - scrive la data e sigla l'effettuazione della procedura nella casella DATA e SIGLA
 - Indica la data della rimozione compressiva
 - indica data e sigla la rimozione della medicazione compressiva (in sua assenza → INF di reparto) (casella data)
 - indica con X e sigla la rimozione punti di sutura
 - I farmaci somministrati possono essere segnalati sul registro di sala (se il medico non li prescrive sulla grafica)
 - Se viene inserito il catetere venoso deve essere segnalato sul foglio inserito nella cartella clinica (data inserimento e data eventuale rimozione).

IMPIANTO PACEMAKER TEMPORANEO

- L'INF di sala (o, se assente, l'INF di reparto) indica data e sigla effettuazione,
- L'INF di reparto indica data e sigla la successiva rimozione

CONTROPULSATORE

- L'INF di sala indica data e sigla inserimento
- L'INF o medico di sala indica X e sigla quanto rimuove

TELEMETRIA

- L'INF di sala indica data e sigla inserimento e rimozione

TRASFERIRE O DIMESSO:

- Il medico indica X nella data e sigla

PROTOCOLLO SCA-NSTE

COGNOME E NOME

N.LETTO

INIZIO h.....	URGENZE UTIC Tnl - CKMB massa	COAGULAZIONE	ECC	FONDAPARINUX 2,5 mg sc oppure EPARINA BOLO= 60 U/kg EPARINA INF. = 12 U/kg/ora + ASA = 300 mg os o ev + Ticagrelor 180 mg (oppure clopidogrel 300/600 mg) + ATORVASTATINA 80 MG + Gastroprotezione ev (Antra 1f o Zantac 1f)
3° ORA	Tnl - CKMB massa		ECC	
6° ORA	Tnl - CKMB massa EMOCROMO	COAGULAZIONE (se eparina ev)	ECC	
9° ORA			ECC	
12° ORA	Tnl - CKMB massa EMOCROMO	COAGULAZIONE (se eparina ev)	ECC	

NB: l'infusione di eparina sodica può essere sostituita da
fondaparinux 2.5 mg s.c. al giorno.

Non richiesto controllo PTT.

Non raccomandato per creatinina > 3

