REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
As FO
Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it
Presidio Ospedaliero di San Vito al Tagliamento
S.C. Chirurgia Generale
Direttore Dott. Carlo Alberto Tonizzo

SCHEDA DI OSSERVAZIONE PAZIENTE MEDICO-INFERMIERISTICA

Cognome _____
Nome _____
Nato/a il _____
Indirizzo _____

Data: ___/___/_____

Ora inizio: ___:___

ANAMNESI

Peso kg	Altezza mt	BMI =	ASA score:	Fuma:	NO☐	EX☐ SI☐

ASA score: I. Paziente in buona salute II. Patologia sistemica di media entità III. Patologia sistemica di severa entità stabilizzata IV. Patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante V. Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24 h indipendentemente dall'intervento chirurgico	Cardiovascolari ☐	Emocoagulazione ☐	Reumatismo Art.Ac. ☐
	Diabete ☐	Epatiche ☐	Renali ☐
	Broncopolmonari ☐	Ipertensione ☐	Epilessia ☐
	Allergie ☐		
	Altro ☐		

PROBLEMI CON SEDATIVI O ANEST.	NO ☐ SI ☐		
ENDOSCOPIE PRECEDENTI	NO ☐ SI ☐		
INTERVENTI CHIRURGICI PRECED.			
USO DI FARMACI			
CONSENSO INFORMATO COMPILATO CORRETTAMENTE:	NO ☐ SI ☐	PRESENZA TUTORE:	NO ☐ SI ☐

VALUTAZIONE

DIGIUNO	SI ☐ NO ☐	OCCHIALI	SI ☐ NO ☐
PROTESI DENTARIA	SI ☐ NO ☐	SEDAZIONE	SI ☐ NO ☐

PREPARAZIONE INTESTINALE	SI ☐ NO ☐	
PROFILASSI ANTIBIOTICA	SI ☐ NO ☐	

PROCEDURA	☐ Gastroscopia	☐ Colonscopia	☐ Rettosigmoidoscopia	☐ ERCP
	☐ P.E.G.	☐ Int. Ambulatoriali	☐ Visita in sedazione	☐

MOBILITA'	☐ Buona	☐ Scarsa	☐ Nessuna	☐
ANSIA	☐ Nessuna	☐ Lieve	☐ Moderata	☐ Severa
Note:				

Firma infermiere: _____

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

farmaco	*dosaggio*	*Via di Somministr.*	*Sigla medico*	*Orario* : *Sigla inf.*	*Orario* : *Sigla inf.*	*Orario* : *Sigla inf.*	*Orario* : *Sigla inf.*	*Orario* : *Sigla inf.*	*Orario* : *Sigla inf.*
Ossigeno lt/m'									

PARAMETRI RILEVATI: INIZIO – DURANTE – FINE PROCEDURA – OSSERVAZIONE - DIMISSIONE

Parametri vitali rilevati	*Orario* :	*Orario* :	*Orario* :	*Orario* :	*Orario* :	*Orario* :
Sigla dell'Infermiere						
O2 Saturazione % / N° atti respiratori minuto	/	/	/	/	/	/
Frequenza Cardiaca e ritmo (battiti/m' e R o AR)						
Pressione Arteriosa (mmHg Max/Min)						
Livello sedazione/analgesia (punteggio Chernik)						
Dolore N.R.S. (Numeral Rating Score)						

SCHEDA DI CHERNIK PER LA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SEDAZIONE/ANALGESIA RAGGIUNTI

Risposta agli stimoli Verbali/tattili		Eloquio		Espressione del viso		Occhi / sguardo	
Risponde prontamente alla chiamata per nome con tono normale	5	Normale	5	Normale	5	Limpidi, senza ptosi	5
Risponde sonnolentemente alla chiamata nominale con tono normale	4	Rallentamento medio o voce impastata	4	Rilassamento medio	4	Socchiusi o media ptosi meno di metà dell'occhio	4
Risponde solo se il nome è chiamato con forza e/o ripetutamente	3	Balbettio rallentamento di forte entità	3	Rilassamento marcato (mandibola penzolante)	3	Socchiusi con marcata ptosi (metà dell'occhio o più)	3
Risponde solo dopo stimolazione tattile e scuotimento di media entità	2	Poche parole riconoscibili	2				
Non risponde dopo stimolazione tattile o scuotimento di media entità	1						

- *un punteggio uguale a 20 indica un paziente sveglio;*
- *un punteggio da 19 a 16 indica un paziente sedato ma vigile;*
- *un punteggio da 15 a 12 indica un paziente profondamente sedato;*
- *un punteggio da 11 a1 indica un paziente praticamente in anestesia.*

CRITERI DI DIMISSIONE

- ☐ Paziente sveglio e orientato - punteggio scala di Chernik. = a 20
- ☐ Parametri vitali stabili e nei limiti accettabili
- ☐ Assenza di dolore
- ☐ Tempo trascorso dall'ultima somministrazione di antagonisti almeno un'ora
- ☐ Date istruzioni scritte riguardo l'assunzione di alimenti, farmaci e attività consentite dopo la procedura
- ☐ Presenza di accompagnatore SI ☐ NO ☐

DURATA DELLA PROCEDURA (da inizio sedazione):	Inizio	Fine
TEMPO DI OSSERVAZIONE IN MINUTI:		
ORA DI DIMISSIONE:		

Firma infermiere _____ *Firma medico* _____

Il paziente si allontana contro il parere dei sanitari alle ore: ___:___ *Firma paziente* _____