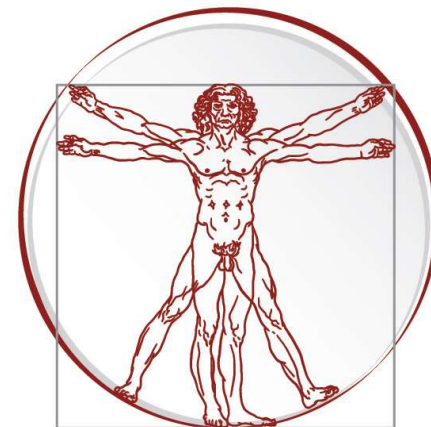


CARTELLA CLINICA



DEFINIZIONI

The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization*.

American Hospital Medical Record Association

* La cartella clinica è il chi, cosa, perché, quando e come si cura il paziente durante il ricovero.

DEFINIZIONI

Il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti la persona ricoverata, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati ed infine la diagnosi della malattia che ha condotto una persona in ospedale.

Guzzanti – Tripodi (1966)

DEFINIZIONI

Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.

Ministero della Sanità (1992)

DEFINIZIONI

È un bene culturale sottratto alla libera disponibilità
connessa al diritto di proprietà.

Art. 10 D.lgs. 42/2004

DEFINIZIONI

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

Art. 26 Codice Deontologia Medica (2006)

IN BREVE

Fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato.

FUNZIONI

- fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale
- tracciare le attività svolte, per permettere di risalire (rintracciabilità) a:
 - responsabili;
 - cronologia;
 - modalità di esecuzione;

FUNZIONI

- facilitare l'integrazione operativa di diversi professionisti;
- costituire una fonte di dati per:
 - studi scientifici e ricerche cliniche;
 - attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari;
 - valutazioni dell'attività assistenziale;
 - esigenze amministrative, gestionali, legali.

FORMATO

- Cartella modulare (parte generale + parti specifiche)
- Formato standard A4
- Su ogni modulo:
 - logo
- Su ogni foglio:
 - numerazione (1 di ...)
 - codice identificativo della cartella clinica e dati di identificazione del paziente;
 - titolo del documento di cui sono parte (es. foglio unico di terapia farmacologica, ecc).



IDENTIFICAZIONE

- Una cartella per ogni ricovero
- Codice identificativo (anno + numero progressivo)
- Documenti costitutivi:
 - Raggruppamenti omogenei
 - Ordine cronologico



REQUISITI DI CONTENUTO

- tracciabilità
- chiarezza
- accuratezza e appropriatezza
- veridicità
- attualità
- pertinenza
- completezza

TRACCIABILITA'

Tenere traccia di dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate, fatti riscontrati

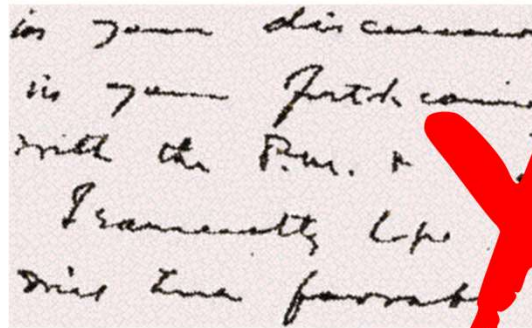
- mezzi di registrazione ragionevolmente indelebili, con inchiostro di colore blu scuro o nero, in quanto meglio leggibili nelle copie fotostatiche
- adeguata correzione di eventuali errori



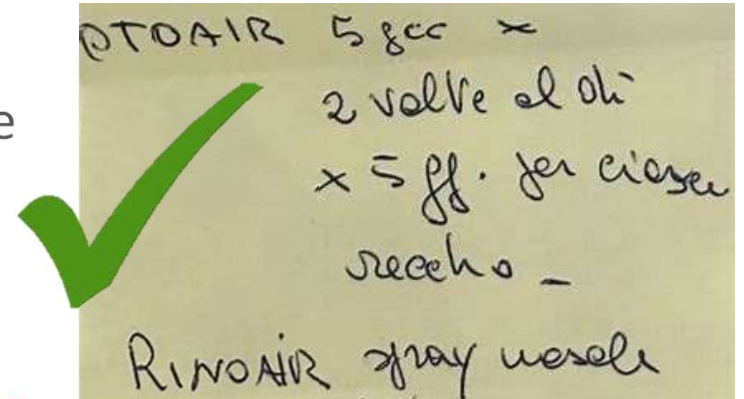
CHIAREZZA

Il testo deve essere facilmente leggibile dagli operatori che utilizzano la cartella, senza ingenerare incertezze

- sia grafia che esposizione
- sigle standard



in 7am discussion
in 7am Jeth coming
with the Rm. &
I remember Life
this time forward



PTOAIR 5 gce x
2 volte al di
x 5 pf. per ciera
recho -
RINOAIR spray nasale

ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA

Ogni struttura sanitaria deve definire procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e la loro congruenza.

- linguaggio tecnico professionale corrente
- dati oggettivamente apprezzabili

VERIDICITA'

Tutto deve corrispondere la vero

ATTUALITA'

Gli eventi devono essere registrati
contestualmente al loro verificarsi o
nell'immediato seguito

PERTINENZA

I dati devono essere “pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati”

COMPLETEZZA

Risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri

REDAZIONE

- Professionisti sanitari
- ulteriori figure (assistenti sociali, personale amministrativo, operatori di supporto, ecc.), compatibilmente con le attribuzioni loro conferite
- Personale in formazione, secondo disciplina di settore

ARTICOLAZIONE

- Frontespizio e identificazione
- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Diario clinico
- Foglio unico di terapia farmacologica
- Rilevazione dei PV
- Referti
- Lettera di dimissione
- Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

LETTERA DI DIMISSIONE

Documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale e il medico o l'ambito assistenziale che si prenderà cura del paziente dopo la dimissione.

Sintetizza il contenuto dell'intera cartella.

- circostanze, motivo del ricovero;
- iter diagnostico-terapeutico e accertamenti significativi;
- modificazioni del quadro clinico, dall'ammissione alla dimissione;
- terapia farmacologica attuata;
- terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up;
- eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e/o sociali;
- suggerimenti su abitudini di vita.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA - SDO

Componente obbligatoria.



Nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima del trattamento, l'interessato deve ricevere debita informativa.

Consenso per iscritto o verbalmente con registrazione.



CUSTODIA

La custodia della cartella è rimessa alla struttura sanitaria c/o la quale il ricovero è avvenuto.

Conservarla per un tempo illimitato.



DIRITTI DI ACCESSO

La persona alla quale i dati della cartella si riferiscono ha diritto di disporre del suo contenuto, sia nel corso della degenza sia dopo la sua conclusione.

- Persona assistita/ esercenti potestà o tutela/AdS
- Persona delegata dall'interessato
- Eredi legittimi e eredi testamentari