Suore Ospedaliere

VILLA SAN BENEDETTO MENNI

LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA: PRESENTAZIONE DI UN'ESPERIENZA

Albese con Cassano, Dicembre 2011 – Infermiera GIUSY MIRAGLIA

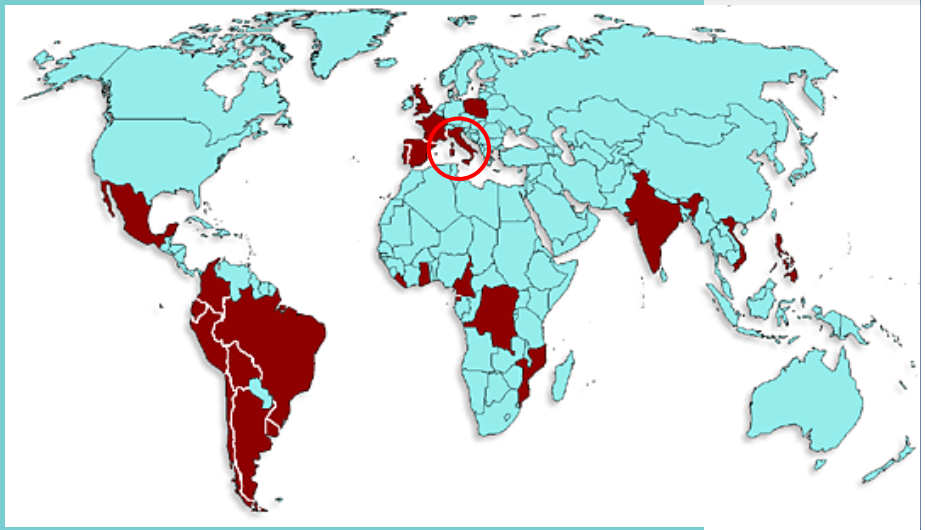
OBIETTIVO:

- **Presentare il percorso intrapreso per superare le criticità inerenti il corretto riconoscimento e gestione del dolore in Villa San Benedetto**

CHI SIAMO:

CONGREGAZIONE DELLE SUORE OSPEDALIERE DEL SACRO CUORE DI GESU'

Assistenza psichiatrica intraospedaliera:
60 centri (8702 posti)
Assistenza psichiatrica extraospedaliera:
110 centri (8500 posti)
Psicogeriatria:
18 centri (863 posti)
Ospedali generali:
6 centri (425 posti)
Disabili psichici:
13 centri (1457 posti)
Persone in stato vegetativo permanente:
3 centri (425 posti)



CHI SIAMO:

CASA DI CURA VILLA SAN BENEDETTO

Neuropsichiatria riabilitativa:
75 pl
Centro Diurno psichiatrico:
10 utenti
RSA (Geriatria + Alzheimer):
98 (78 + 20) pl
RSA (Nucleo comi e gravi disabilità):
12 pl
RSD:
45 pl

Posti letto totali: 240

Ambulatori specialistici – SAD – Punto prelievi

CHI SIAMO:

CASA DI CURA VILLA SAN BENEDETTO

Suore: 7

Medici: 14
Coordinatori area infermieristica: 3
Infermieri: 48
Operatori socio-sanitari: 41
Ausiliari Socio Assistenziali: 76
Fisioterapisti: 5
Coordinatori di area educativa: 2
Educatori-animatori sociali: 23
Psicologi: 7
Assistenti sociali: 2
Responsabili-amministrativi: 20

ORGANICO TOTALE: 227

PREMESSA:

- Il dolore è una condizione comune tra le persone anziane
- L'invecchiamento è una condizione che predispone di per sé a patologie cronico-degenerative che provocano dolore
- Studi di prevalenza indicano la presenza di sintomatologia dolorosa nel 25-50% di persone cognitivamente integre al domicilio e fino all'80% in persone ricoverate in RSA (di queste ben il 60% sono affette da decadimento cognitivo!)

CRITICITA':

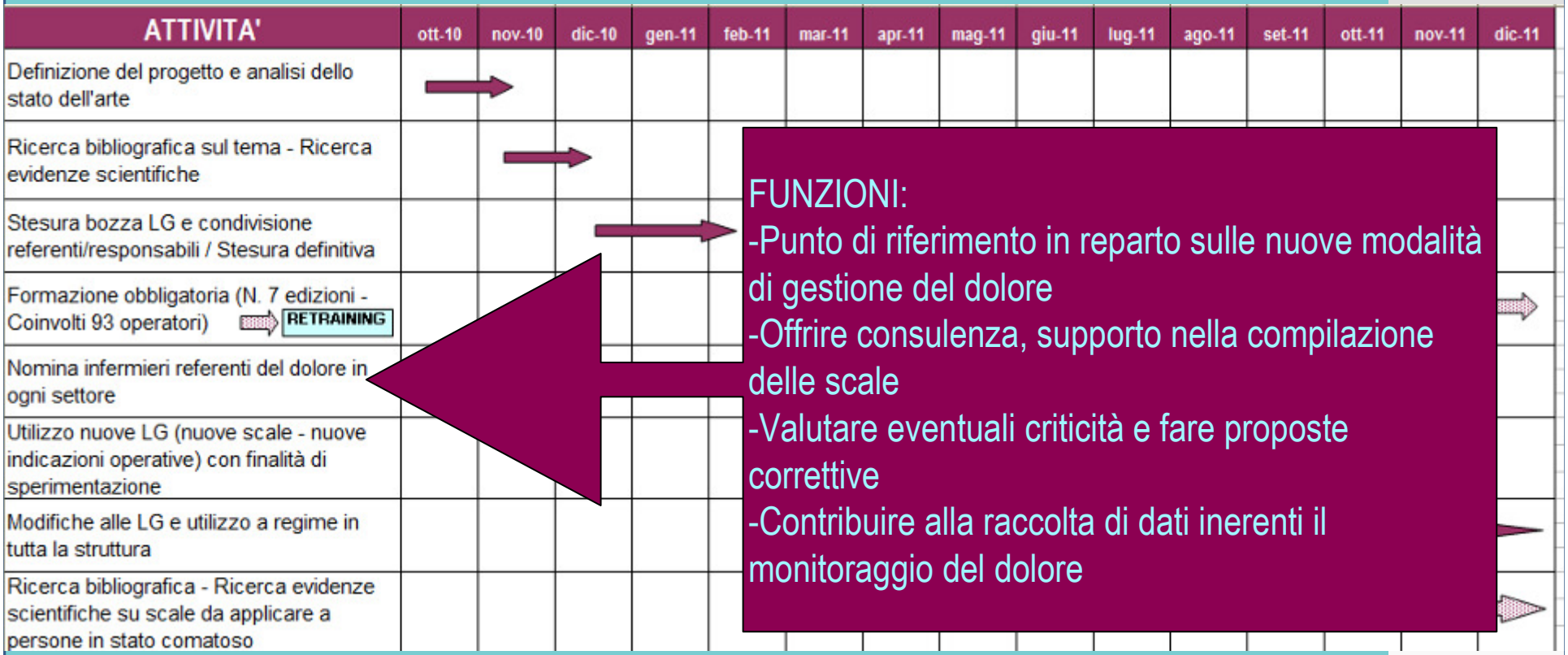
- Scarsa consapevolezza dell'equipe sull'importanza della gestione del dolore nei confronti dell'anziano (in particolare se affetto da demenza o deficit cognitivi)
- Gestione del dolore lasciata alla sensibilità/arbitrarietà di singole figure
- Utilizzo della scala in uso (PAINAD) da parte del solo personale medico
- Applicazione della scala in uso non regolamentata e non sostenuta da criteri comuni, chiari ed univoci
- Percezione di una gestione del dolore non completa e non sempre efficace
- Non conformità rispetto agli standard sulla gestione del dolore previsti nel Manuale di accreditamento all'eccellenza Joint Commission International

PROGETTO DI MIGLIORAMENTO:

Stesura e ridefinizione di LG sulla gestione del dolore in Villa San Benedetto tali da garantire:

- Regole e criteri comuni e condivisi
- Scale di valutazione più appropriate al target di utenti
- Coinvolgimento di tutto il personale addetto all'assistenza
- Efficace gestione del dolore acuto e cronico

CRONOGRAMMA PROGETTO DOLORE



FUNZIONI:

-Punto di riferimento in reparto sulle nuove modalità di gestione del dolore

-Offrire consulenza, supporto nella compilazione delle scale

-Valutare eventuali criticità e fare proposte correttive

-Contribuire alla raccolta di dati inerenti il monitoraggio del dolore

LE NOSTRE LINEE GUIDA

ALCUNI PRINCIPI ED ASSUNTI

Definizione del dolore dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore:

"*una spiacevole esperienza sensitiva ed emotiva primariamente associata ad un danno reale o potenziale a carico di un tessuto o che viene descritta in termini di tale danno*"

LE NOSTRE LINEE GUIDA

ALCUNI PRINCIPI ED ASSUNTI

Il dolore è un fenomeno complesso, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni (intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale), che sono vissute da ogni persona in maniera diversa.

Il dolore è un sintomo, soggettivo, influenzato da variabili psichiche, personologiche, culturali, sociali, ambientali.

LE NOSTRE LINEE GUIDA

ALCUNI PRINCIPI ED ASSUNTI

Valutare il dolore è fondamentale perché:

- Rientra tra i doveri deontologici di tutte le figure sanitarie
- Una mancata valutazione del dolore porta ad un inadeguato trattamento
- Un dolore non alleviato ma alleviabile genera sofferenza inutile
- Rilevare costantemente la presenza del sintomo dolore comunica alla persona che siamo interessati anche a questo aspetto e che può sentirsi libero di riferirlo

LE NOSTRE LINEE GUIDA

ALCUNI PRINCIPI ED ASSUNTI

Considerare il dolore il quinto segno vitale aiuta a diffondere la consapevolezza che se il dolore viene valutato con lo stesso zelo e sistematicità dei segni vitali, è più probabile che venga trattato.

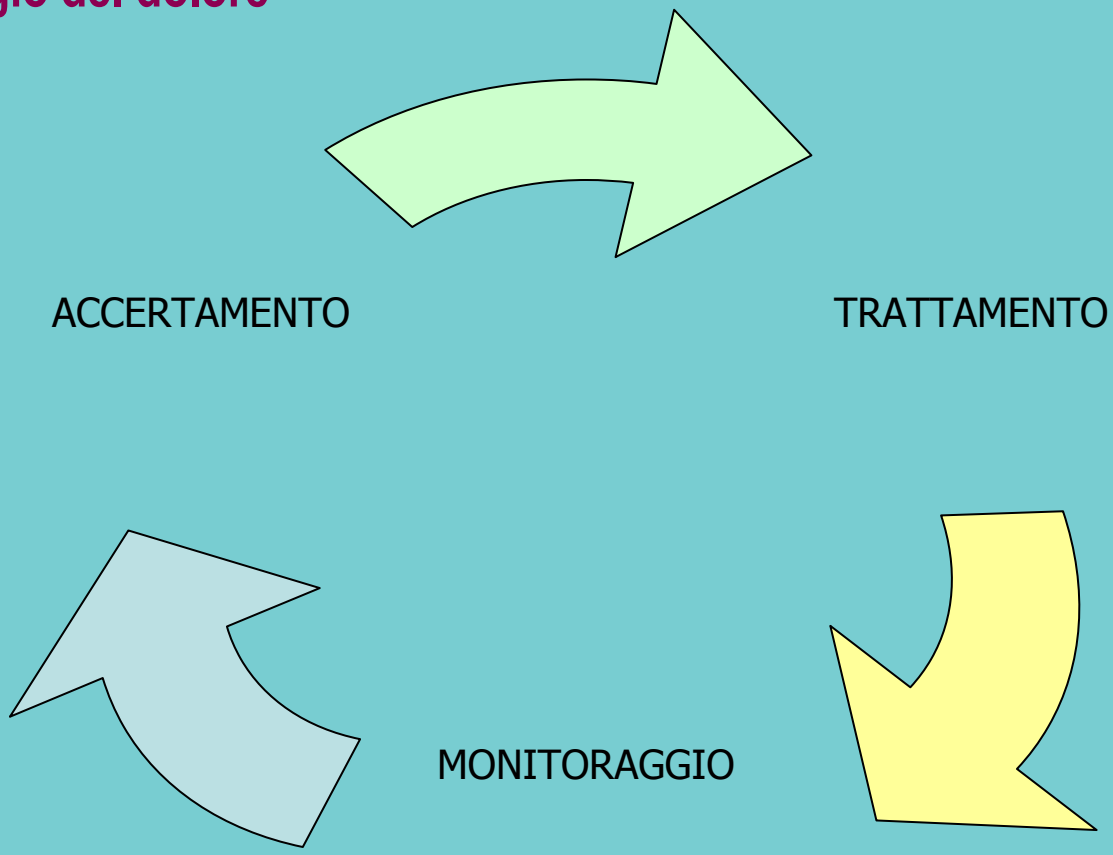
Misurare il dolore è il primo passo per riconoscerlo e, successivamente, alleviarlo.

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Le 3 fasi della gestione del DOLORE

Il processo di gestione del dolore nelle LG è suddivisibile in 3 fasi:

1. **Descrizione e accertamento del dolore**
2. **Indicazioni generali per l'impostazione del trattamento farmacologico**
3. **Monitoraggio del dolore**



LE NOSTRE LINEE GUIDA

Fase 1: Accertamento

La presenza/assenza di dolore deve essere SEMPRE INDAGATA almeno nelle seguenti circostanze:

ANAMNESI MEDICA E RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA ALL'INGRESSO
PRESENZA DI EVENTI CRITICI IN CORSO DI DEGENZA
SEGNALAZIONE DI DOLORE (DA UTENTE E/O OPERATORI)
OSSERVAZIONE CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI
RIENTRO DA RICOVERO OSPEDALIERO
RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA (CON CORRELAZIONE AL DOLORE)
SOSPENSIONE DI TRATTAMENTI ANALGESICI (TRASCORSE 24-48 ORE)
VISITA MEDICA PERIODICA e/o RACCOLTA DATI INFERMIERISTICA PERIODICA

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Fase 1: Accertamento

L'avvenuto accertamento deve essere SEMPRE documentato (indipendentemente dall'esito).

La presenza di dolore prevede la descrizione di:

- **tipo** (acuto/cronico)
- **sede o localizzazione**
- **intensità** (attraverso punteggi di scale)
- **durata**
- **modalità di insorgenza** (con attenzione a descrivere i fattori che lo aggravano o lo alleviano)
- **eventuali altri dati ritenuti significativi**

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Fase 2: Trattamento

In presenza di dolore vanno indicate sulla documentazione in uso le misure prescrittive ed i TEMPI DI MONITORAGGIO e, se opportuno, L'ORARIO DI RILEVAZIONE

Le nuove Linee Guida contengono raccomandazioni per il medico nella scelta della categoria di farmaci più indicata in relazione al tipo/intensità di dolore

LE NOSTRE LINEE GUIDA

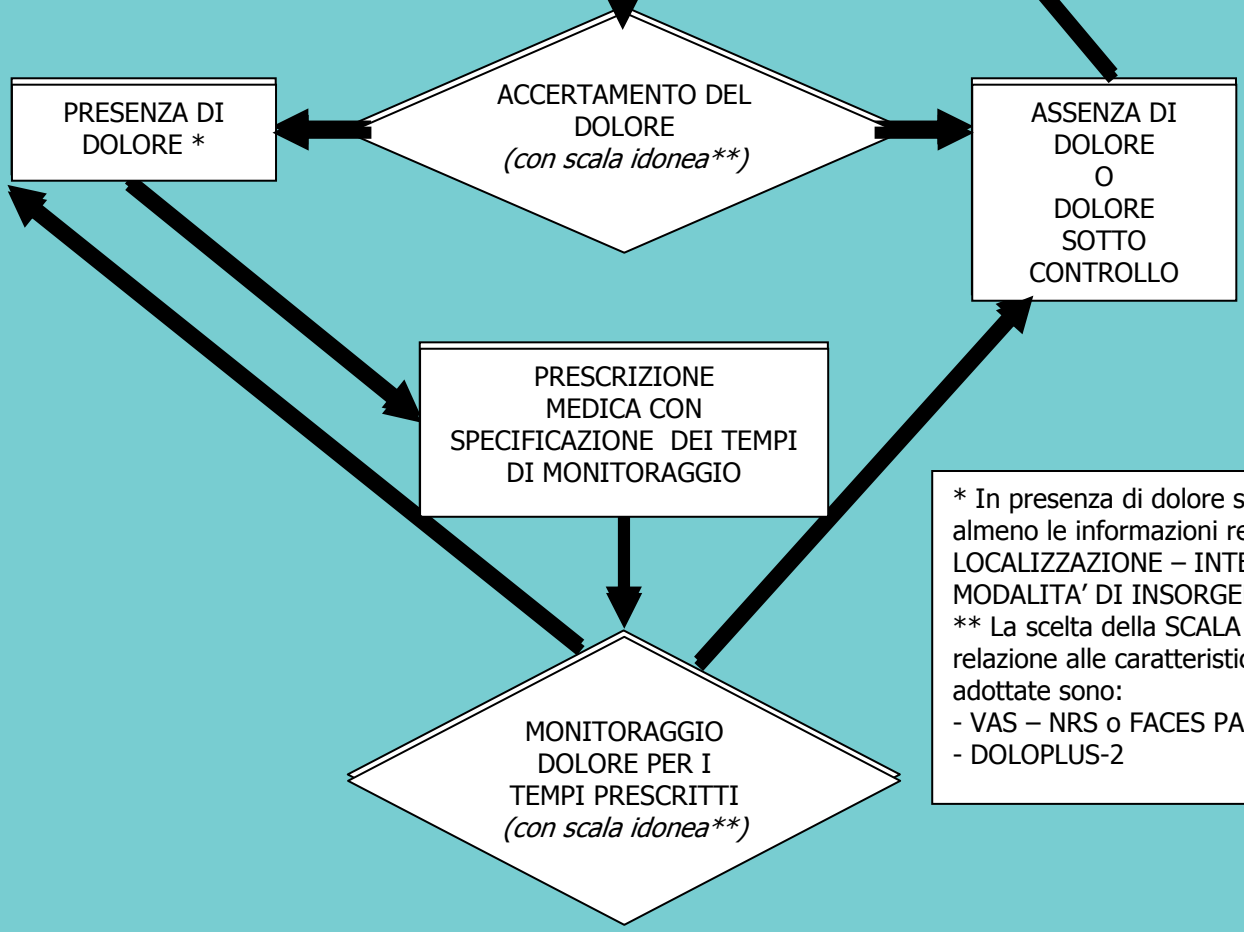
Fase 3: Monitoraggio

Sulla base della prescrizione viene effettuato, per i tempi indicati, e nell'ora indicata (se prescritta), il monitoraggio dell'andamento del dolore.

Il monitoraggio del dolore può essere effettuato da medico, infermiere, fisioterapista, OSS avvalendosi, dove necessario, di informazioni desunte anche da altri operatori

DIAGRAMMA DI FLUSSO GESTIONE DEL DOLORE RSA-RSD

ACCERTAMENTO IN OCCASIONE DI:
ANAMNESI MEDICA E RACCOLTA DATI INF.CA ALL'INGRESSO
PRESENZA DI EVENTI CRITICI IN CORSO DI DEGENZA
SEGNALAZIONE DI DOLORE (DA UTENTE E/O OPERATORI)
OSSERVAZIONE CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI
RIENTRO DA RICOVERO OSPEDALIERO
RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA (CON CORRELAZIONE AL DOLORE)
SOSPENSIONE DI TRATTAMENTI ANALGESICI (TRASCORSE 24-48 ORE)
VISITA MEDICA PERIODICA
RACCOLTA DATI INF.CA PERIODICA



* In presenza di dolore specificare sulla documentazione clinica almeno le informazioni relative a: TIPO (acuto-cronico) - LOCALIZZAZIONE – INTENSITA' (da scala) – DURATA – MODALITA' DI INSORGENZA

** La scelta della SCALA DI VALUTAZIONE idonea è da porre in relazione alle caratteristiche / condizioni dell'utente. Le scale adottate sono:

- VAS – NRS o FACES PAIN SCALE (prima scelta)
- DOLOPLUS-2

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Gli strumenti di valutazione del DOLORE

E’ previsto il ricorso a due tipologie di scale:

- **Scale d’intensità o soggettive o di autovalutazione**
  NRS o VAS o FACES PAIN

- **Scale multidimensionali o oggettive o di eterovalutazione**
  DOLOPLUS 2

LE NOSTRE LINEE GUIDA

Gli strumenti di valutazione del DOLORE

La scelta dello strumento di valutazione più idoneo è da porre in relazione alle caratteristiche e/o condizioni dell'utente.

Per lo stesso evento di monitoraggio, sullo stesso utente, va utilizzata sempre la stessa scala.

LA SCALA E' SCELTA SULLA BASE DEI RISULTATI DI CDR E MMSE:

CDR 0-2 e MMSE 18-30: scale soggettive (VAS,NRS.FACE PAIN)
CDR 3 e MMSE 18-23: valutare ospite per ospite
CDR 4-5 e MMSE 0-17 o non applicabile: scala DOLOPLUS 2

Scale soggettive

DOLORE ASSENTE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE

DOLORE ASSENTE

PEGGIOR DOLORE IMMAGINABILE

NESSUNO	LIEVE	MODERATO	FORTE	INSOPPORTABILE

Scala oggettiva

Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni	**DOLOPLUS-2** (Valutazione comportamentale del dolore)	Mod. All DIA 20 Rev.0

OSPITE/PZ	

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE SEGUIRE LE INDICAZIONI RIPORTATE SUL RETRO

		DATA/SIGLA COMPILATORE					
RIPERCUSSIONI SOMATICHE							
1. Lamentele (pianti, gemiti)	Assenza di lamentele	0	0	0	0	0	0
	Lamentele solo in caso di sollecitazione	1	1	1	1	1	1
	Lamentele spontanee occasionali	2	2	2	2	2	2
	Lamentele spontanee continue	3	3	3	3	3	3
2. Posizioni antalgiche a riposo	Assenza di posizioni antalgiche	0	0	0	0	0	0
	Il soggetto evita occasionalmente alcune posizioni	1	1	1	1	1	1
	Ricerca di una posizione antalgica con successo	2	2	2	2	2	2
	Ricerca di una posizione antalgica senza successo	3	3	3	3	3	3
3. Protezione di zone dolenti	Assenza di protezione	0	0	0	0	0	0
	Protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento delle cure	1	1	1	1	1	1
	Protezione dopo sollecitazione impedendo ogni cura	2	2	2	2	2	2
	Protezione a riposo, in assenza di sollecitazione	3	3	3	3	3	3
4. Mimica	Mimica abituale	0	0	0	0	0	0
	Mimica che sembra esprimere dolore sotto sollecitazione	1	1	1	1	1	1
	Mimica che sembra esprimere dolore in assenza di ogni sollecitazione	2	2	2	2	2	2
	Mimica inespressiva continua e non abituale (attonita, sguardo fisso nel vuoto)	3	3	3	3	3	3
5. Sonno	Sonno abituale	0	0	0	0	0	0
	Difficoltà di addormentamento	1	1	1	1	1	1
	Risvegli frequenti per agitazione	2	2	2	2	2	2
	Insonnia con ripercussione sulla fase di veglia	3	3	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICOMOTORIE							
6. Igiene e/o vestirsi	Abilità consuete invariate	0	0	0	0	0	0
	Abilità consuete lievemente ridotte (attività possibile usando cautela)	1	1	1	1	1	1
	Abilità consuete molto diminuite, igiene e/o vestirsi difficili ed incomplete	2	2	2	2	2	2
	Igiene e/o vestirsi impossibili (persona oppositiva ad ogni tentativo)	3	3	3	3	3	3
7. Movimenti	Abilità ed attività consuete invariate	0	0	0	0	0	0
	Attività consuete lievemente ridotte (evita alcuni movimenti, riduce l'abituale lunghezza di deambulazione)	1	1	1	1	1	1
	Abilità ed attività consuete limitate (anche se aiutato diminuisce i propri movimenti)	2	2	2	2	2	2
	Ogni movimento è impossibile, ogni tentativo di mobilizzazione provoca opposizione	3	3	3	3	3	3
RIPERCUSSIONI PSICO-SOCIALI							
8. Comunicazione	Invariata, nessun cambiamento	0	0	0	0	0	0
	Aumentata (attira l'attenzione in modo insolito)	1	1	1	1	1	1
	Diminuita (tende ad isolarsi)	2	2	2	2	2	2
	Assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione	3	3	3	3	3	3
9. Vita sociale	Partecipazione abituale a diverse attività (pasti, animazione, laboratori, ...)	0	0	0	0	0	0
	Partecipazione alle diverse attività solo se sollecitato	1	1	1	1	1	1
	Rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività	2	2	2	2	2	2
	Rifiuto assoluto di partecipare a qualsiasi attività	3	3	3	3	3	3
10. Comportamento	Comportamento abituale	0	0	0	0	0	0
	Se sollecitato ha comportamenti reattivi	1	1	1	1	1	1
	Manifesta comportamenti reattivi continuativi dopo sollecitazione	2	2	2	2	2	2
	Manifesta comportamenti reattivi continui in assenza di sollecitazione	3	3	3	3	3	3
	TOTALE PUNTEGGIO						

DOLOPLUS 2

Valuta 10 item raggruppati in 3 aree:

AREA RIPERCUSSIONI SOMATICHE

1. LAMENTELE (PIANTO – GEMITI)
2. POSIZIONI ANTALGICHE A RIPOSO
3. PROTEZIONE DI ZONE DOLENTI
4. MIMICA
5. SONNO

AREA RIPERCUSSIONI PSICOMOTORIE

6. MODIFICHE NELL'IGIENE E/O VESTIRSI
7. MODIFICHE NEI MOVIMENTI

AREA RIPERCUSSIONI PSICO-SOCIALI

8. COMUNICAZIONE
9. VITA SOCIALE
10. COMPORTAMENTO

DOLOPLUS 2

Interpretazione del punteggio

- Punteggi uguali o superiori a 5 indicano la presenza di dolore, punteggi inferiori a 5 indicano l'assenza di dolore.
- Se sono stati rilevati punteggi uguali o superiori a 5 è necessario interpretare i dati per avere maggiori informazioni sulle caratteristiche del dolore
- Non ha alcun senso comparare i punteggi tra assistiti, ciò che è significativo è l'evoluzione del punteggio del singolo assistito

ALCUNI DATI

Metodologia

Studio comparativo sull'efficacia della gestione del dolore negli ospiti con diagnosi di demenza degenti in RSA

Campione randomizzato del 10% dei FSS aperti

Criteri di inclusione: ospiti con diagnosi di demenza – ospiti degenti da data anteriore a giugno 2010 – presenza di almeno 1 evento che richiederebbe la valutazione sulla presenza/assenza di dolore nel periodo interessato [giu-set 2010 VS giu-set 2011]

Analisi della documentazione esistente (FSS cartaceo - FSS informatizzato) sulla gestione del dolore secondo criteri descritti in apposita scheda di raccolta dati

ALCUNI DATI

Metodologia

Scheda di raccolta dati

FSS n. _____ Iniziali Cognome/Nome ospite _____

Periodo:

Item			Note
Nel periodo preso a riferimento quale, tra gli eventi riportati nello schema A, si sta considerando ? *(riportare il codice numerico di riferimento)*	Codice evento:		***Se nella stessa C. Cli/FSS esistono più eventi, compilare una scheda PER OGNUNO di essi***
Le successive risposte devono essere riferite SOLO alla situazione presa in esame con la presente scheda riferendosi SOLO al periodo preso a riferimento			
E' stato eseguito l'accertamento sulla presenza/assenza di dolore ed è documentato l'esito ?	SI	NO	Se NO → considerare la gestione dell'evento NON CONFORME (NON proseguire) Se SI → proseguire
L'esito dell'accertamento sulla presenza/assenza di dolore è stato valutato dal medico ?	SI	NO	Se NO → considerare la gestione dell'evento NON CONFORME (NON proseguire) Se SI → proseguire
A seguito della valutazione medica sull'esito dell'accertamento del dolore, è stata prevista la prescrizione di farmaci analgesici ?	SI	NO	Se la risposta è NO ad entrambe le domande → considerare la gestione dell'evento CONFORME e NON proseguire Se almeno una delle risposte è SI → proseguire
A seguito della valutazione medica sull'esito dell'accertamento del dolore, sono stati programmati ulteriori monitoraggi del dolore senza prescrizione di analgesici ?	SI	NO	
Tutti i monitoraggi prescritti sono stati eseguiti nei tempi, con la frequenza e le modalità previste o, in alternativa, sono esplicitate le motivazioni che non ne hanno eventualmente consentito l'esecuzione ?	SI	NO	Se NO → considerare la gestione dell'evento NON CONFORME (NON proseguire) Se SI → proseguire
Vi è riscontro documentale che i risultati dei monitoraggi (indicanti la presenza o l'assenza di dolore) siano stati valutati dal medico ?	SI	NO	Se NO → considerare la gestione dell'evento NON CONFORME Se SI → EVENTO CONFORME

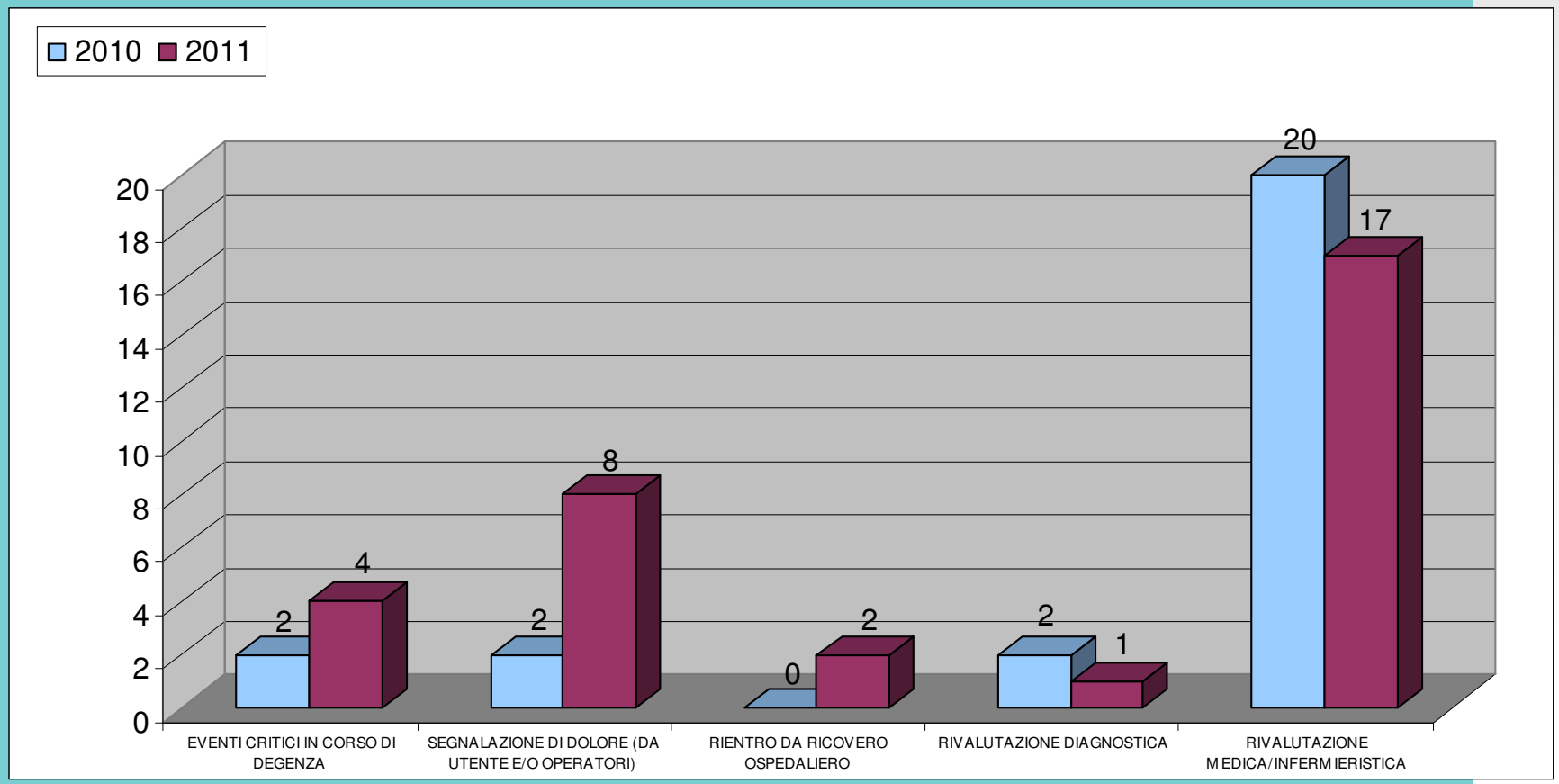
ESITO:

- ❑ GESTIONE EVENTO DOLORE CONFORME
- ❑ GESTIONE EVENTO DOLORE NON CONFORME

ALCUNI DATI

ANALISI DEI RISULTATI

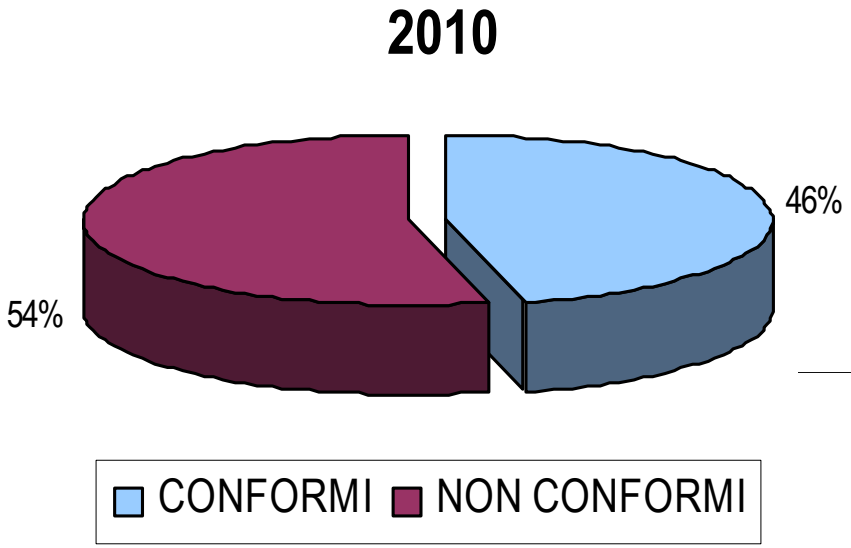
Sono stati analizzati un totale di N. 58 eventi (N. 26 relativi a giu-set 2010 e N. 32 relativi al giu-set 2011) così suddivisi:

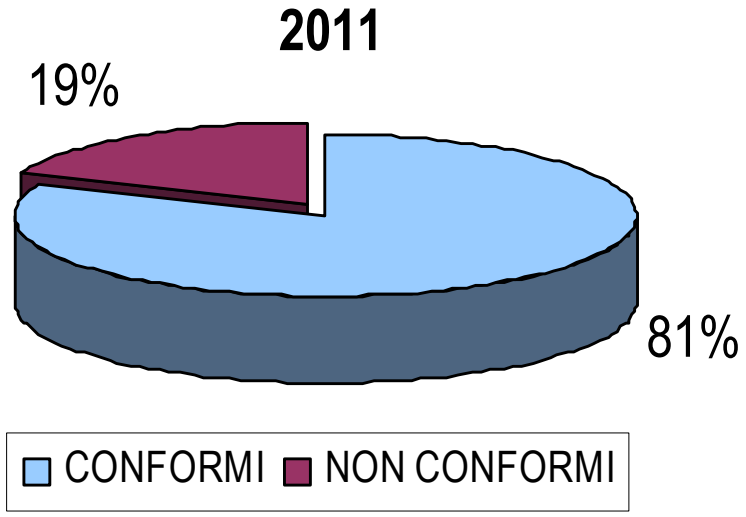


ALCUNI DATI

ANALISI DEI RISULTATI

La conformità/non conformità degli eventi analizzati è così distribuita:





ALCUNI DATI

ANALISI DEI RISULTATI

Le cause più frequenti di NON conformità sono relative a:

- Rivalutazioni della persona senza accertamento del dolore (2010)
- Segnalazione/osservazione di possibile dolore non presa in carico (2010)
- Eventi critici non accompagnati da accertamento del dolore (2010-2011)

ALCUNI DATI

Sintesi dei risultati

L'introduzione di nuove LG che definiscono con chiarezza:

- eventi che richiedono la valutazione sul dolore
- scale da adottare, scelte sulla base del target di destinazione
- criteri di prescrizione del monitoraggio del dolore
- coinvolgimento allargato all'equipe nella gestione del dolore

Significativo miglioramento della presa in carico e gestione del dolore nell'ospite affetto da demenza

GESTIONE DOLORE PER CADUTA – FEBBRAIO 2011

DIARIO MEDICO

11.2.2011
h 19.33

Episodio di caduta a terra h 13.00 mentre rientrava da eseguire EEG.
Trauma polso sx che appare dolorabile alla palpazione e al movimento passivo.
Lieve sporgenza osso ulnare.

-> SI PROGRAMMA RX PER DOMANI

-> SI COMPILA SCALA MORSE 40 pt + DENUNCIA CADUTA. SI AVVISANO FAMIGLIARI.

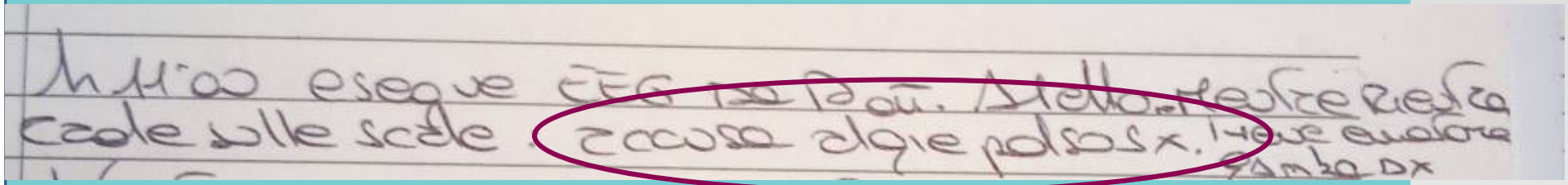
-> SI APPLICA TUTORE POLSO SX + crio tp.

12-02-2011
h 10:00

Rientra dall'H. di Erba con diagnosi di:
. Frattura 3° distale Ulna sx
. Dubbia Frattura epifisaria distale Radio sx (Rx non refertate)
Applicato apparecchio gessato antibrachiale da mantenere x 1 mese
-> Mano alta per 3-4 gg poi braccio al collo.
-> Rimozione gesso il 14-03-2011 (Mattino)
+ Rx senza gesso (da prenotare) + Vis. Ortoped...

GESTIONE DOLORE PER CADUTA – FEBBRAIO 2011

DIARIO INFERMIERISTICO



GESTIONE DOLORE PER CADUTA – OTTOBRE 2011

06/10/2011

Medico **00:25** Crovasce Roberto	Caduta accidentale in camera . E.O. : cosciente , agitata, riferisce algie diffuse in particolare all'emitorace dx . Nessuna lesione ossea apparente . PA 150/90 , fr 64 , SO2 97 5 in aria. In osservazione
Infermiere **01:18** Buca Leonora	paziente caduta accidentale nella sua camera ,aggitata ,avvisato medico di guardia ,in osservazione ,presenta una piccola escorazione 3 ditto mano dx,eseguita medicazione .doloplus 3pt .in osservazione.
Medico **02:21** Crovasce Roberto	agitata , promazina 5 gtt
Medico **02:29** Crovasce Roberto	Rifiuta terapia , contenzione a letto per rischio di caduta.
Medico **09:55** Mauri Sabrina	Ospite vigile, espirio prolungato, edemi agli arti inferiori. Presenta escoriazione e piccolo ematoma a livello parietale sx(vertice) e escoriazione mano dx. Lamenta algie a digito pressione emitorace dx e a livello paravertebrale dorsale. SatO2 AA 97% Fc 78 bpm AR PA 130/80 DOLOPLUS 7 (non ancora assunto Paracetamolo) Si esegue scala MORSE 105 pt a massimo rischio caduta. - Si invia H Valduce per esecuzione RX emicostato dx e rachide dorsale accompagnata dal nipote che è giunto in struttura - Apre monitoraggio dolore con DOLOPLUS h 12 - 20 fino al 9.10.2011
Infermiere **12:48** Franchini Giovanna	H. 07.00 eseguito prelievo ematico per TAO, come da prescrizione medica. **MONITORAGGIO DOLORE** - h. 12.00 eseguita Scala del dolore, Doloplus 7. Rientrata in struttura dopo aver eseguito RX torace. A pranzo non si alimenta.

08/10/2011

Medico **09:31** Mauri Sabrina	Ospite molto instabile nella deambulazione, ieri pomeriggio contenuta in poltrona con pelvica e fatta deambulare ad intervalli con operatore. Eseguito colloquio coi famigliari circa le condizioni cliniche e la necessità di utilizzare la contenzione per evitare cadute accidentali. Si conferma quindi PELVICA IN POLTRONA durante il giorno (togliere il cuscino grande della poltrona per far sì che i piedi tocchino a terra, utilizzare cuscino in gel blu)
Infermiere **11:51** Franchini Giovanna	**MONITORAGGIO DOLORE** - Eseguita scala del dolore, Doloplus 6. Mobilizzata secondo indicazioni mediche. Si alimenta sia a colazione che a pranzo, si idrata ed assume le terapie.
Medico **15:28** Cavedini Paolo	Stipsi da 3 giorni. Addome trattabile, non dolente alla palpazione. Peristalsi presente. Statim: Pursennid
Infermiere **16:38** Carnevale Rosa	Controllo alvo.
Infermiere **21:38** Carnevale Rosa	**Monitoraggio dolore**:eseguita dolopus:6.Mobilizzata. Deambula a intervalli con un operatore. Si è alimentata.

09/10/2011

Infermiere **12:54** Alikaj Dorina	**Monitoraggio dolore**:Ore 12.00 eseguita scala del dolore;Doloplus-7,mobilizzata regolarmente,assume le terapie e la collazione.A pranzo non si alimenta perche lamentosa e dolorante.

GESTIONE DOLORE PER CADUTA – OTTOBRE 2011

10/10/2011

Medico
12:24 Mauri Sabrina

MONITORAGGIO DOLORE visto monitoraggio dolore ultimi giorni ospite con dolore lieve ma cronico.
Attualmente lamenta algie non ben precisate. FC 78 bpm AP SatO2 AA 97%
Alla palpazione addome trattabile, dolorabile in epigastrio e ipocondrio dx (riflesso algico da frattura costale dx ?).
DOLOPLUS 8 STATIM Tramadolo 10 gtt
Prosegue con MONITORAGGIO DOLORE h 12 - 20, modifica tp:
- STOP Paracetamolo, introduce Tramadolo 10 gtt h 8 - 14 - 20
- modifica POSTURA spostamenti lunghi con carrozzina e deambulazione con 1 - 2 operatori a seconda della stabilità per tratti brevi

Infermiere
13:50 Franchini Giovanna

Somministrata terapia in statim, Tramadolo 10 gtt., come da prescrizione medica.
Si idrata e si alimenta parzialmente.

Infermiere
21:42 Carnevale Rosa

Monitoraggio dolore:eseguita doloplus:7.Mobilizzata nel pomeriggio.Si è alimentata.

11/10/2011

Infermiere
21:06 Alikaj Dorina

Monitoraggio dolore:Eseguita scala del dolore:Doloplus-5,si e alimentata e idratata discretamente,assume le terapie come da schema.

12/10/2011

Medico
09:11 Mauri Sabrina

Visionato INR del 6.10.2011 1.57 Prosegue terapia come da schema TAO; prossimo controllo programmato per il 13.10.2011

Infermiere
20:25 Alikaj Dorina

Monitoraggio dolore:Eseguita scala del dolore.Doloplus_5.

13/10/2011

Infermiere

H. 7.00 eseguito prelievo ematico per TAO, come da prescrizione medica.
MONITORAGGIO DOLORE - Eseguita Scala del dolore Doloplus 3.

17/10/2011

Medico
13:47 Mauri Sabrina

MONITORAGGIO DOLORE: visto andamento monitoraggio dolore negli ultimi giorni assente. Prosegue con Tramadolo. STOP monitoraggio quotidiano.

Suore Ospedaliere

VILLA SAN BENEDETTO MENNI

CREDERE! CREDERE! C RE!

GRAZIE

Il dolore è un'esp il paziente ne comunica la p or dire che quel dolore esiste

Panke J. Difficulties in managing pain at the end of life, American Journal of Nursing 2002