

CHECK-LIST PER I PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROCEDURE DI EMODINAMICA

PAZIENTE	DATA DI NASCITA
PESO	ALTEZZA
REPARTO	LETTO
DIAGNOSI	DATA DELLA PROCEDURA
Scheda infermieristica della fase PRE-PROCEDURALE	
Tricotomia (polso DX, polso SX , inguine DX, inguine SX e torace):	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rilevazione parametri vitali;	<input type="checkbox"/> TC: PA: FC: <input type="checkbox"/> SpO2:
Presenza di catetere vescicale;	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rimozione di eventuali protesi e oggetti personali:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Consenso informato datato e firmato dal paziente e dal medico:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Presenza in cartella clinica:	<input type="checkbox"/> esami ematochimici <input type="checkbox"/> tampone SARS-COV2 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAMMA <input type="checkbox"/> TDS /SPECT <input type="checkbox"/> TC coro
Terapia antiaggregante in corso:	<input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> CLOPIDOGREL <input type="checkbox"/> TICAGRELOR <input type="checkbox"/> PRASUGREL
Preparazione con protocollo desensibilizzante: (se richiesto)	<input type="checkbox"/> TRIMETON <input type="checkbox"/> URBASON
Idratazione ed eventuale FLUIMUCIL: (specificare)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sospensione di eventuali ipoglicemizzanti orali: (METFORMINA)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sospensione temporanea di farmaci anticoagulanti (specificare l'ultima assunzione di eventuale NAO/TAO)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia:	<input type="checkbox"/> VMK <input type="checkbox"/> MASCHERA <input type="checkbox"/> OCCHIALINI <input type="checkbox"/> Maschera con RESERVOIR (BLB) l/m
Accesso venoso periferico (18 o 20 G) (possibilmente NON sul POLSO, e preferire il braccio sn, tranne nei casi di bypass aortocoronarici):	<input type="checkbox"/> BRACCIO DX <input type="checkbox"/> BRACCIO SX <input type="checkbox"/> Altro.....

INFERMIERE DI REPARTO:

MEDICO DI REPARTO:

UOC CARDIOLOGIA
 Direttore: Dott. Amir Kol

Scheda infermieristica della fase INTRA-PROCEDURALE	
Orario entrata in sala:	
Procedure eseguite:	<input type="checkbox"/> CVG <input type="checkbox"/> PTCA <input type="checkbox"/> Altro.....
Terapia ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE somministrata (specificare dose):	<input type="checkbox"/> EPARINA SODICA <input type="checkbox"/> TICAGREROL <input type="checkbox"/> PRASUGREL <input type="checkbox"/> CLOPIDROGEL <input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> Altro.....
Somministrazione di ABCIXIMAB (Abcixirel / Reo-pro):	<input type="checkbox"/> BOLO: dose..... ○ Intra-coronarico ○ Endovenoso <input type="checkbox"/> INFUSIONE: si no ○ Inizio..... Fine..... ○ Velocità.....
Somministrazione di CANGRELOR (Kengrexal)	<input type="checkbox"/> BOLO: dose..... <input type="checkbox"/> INFUSIONE: ○ Inizio..... Fine..... ○ Velocità.....
Altra terapia somministrata:	
Accessi:	ARTERIOSO <input type="checkbox"/> Radiale DX <input type="checkbox"/> Radiale SX <input type="checkbox"/> Femorale DX <input type="checkbox"/> Femorale SX <input type="checkbox"/> Altro..... VENOSO <input type="checkbox"/> Femorale DX <input type="checkbox"/> Femorale SX
Chiusura accesso/i (specificare sede):	<input type="checkbox"/> fissato in sede <input type="checkbox"/> compressione Manuale <input type="checkbox"/> Angioseal <input type="checkbox"/> Perclose <input type="checkbox"/> Femosil <input type="checkbox"/> Radial Artery
Mezzo di contrasto erogato:	<input type="checkbox"/> IOMERON <input type="checkbox"/> VISIPAQUE ml.....
Orario uscita dalla sala:	

INFERMIERE DI SALA OPERATORIA:

MEDICO DI SALA OPERATORIA:

Scheda infermieristica della fase POST-PROCEDURALE	
Indicazioni post-procedura:	<input type="checkbox"/> ECG post-procedura <input type="checkbox"/> Idratazione/velocità: <input type="checkbox"/> CAUC a 5-6 ore <input type="checkbox"/> Telemetria <input type="checkbox"/> Digiuno per 3 ore <input type="checkbox"/> Riposo a letto 3 ore <input type="checkbox"/> Riposo a lettoore
Gestione accesso radiale :	Rimozione "Radial artery" dopo 6 ore seguendo il seguente schema di sgonfiaggio (inserendo gli orari): <input type="checkbox"/> dopo 1 ora: rimuovere 2 cc di aria h: <input type="checkbox"/> alla 2° ora: rimuovere 2 cc di aria h: <input type="checkbox"/> alla 4° ora: rimuovere 4 cc di aria h: <input type="checkbox"/> alla 6° ora: sgonfiare completamente il bracciale h: NB: se in una fase dello sgonfiaggio si verifica il sanguinamento dal sito di puntura, vanno immessi solo 1 cc di aria o comunque solo la dose minima necessaria a bloccare il sanguinamento (aggiungendo 1 cc alla volta)
Gestione accesso femorale:	<input type="checkbox"/> rimozione compressiva femorale tra 12 ore <input type="checkbox"/> rimozione compressiva femorale tra 24 ore
Gestione introduttore femorale fissato in sede:	<input type="checkbox"/> da rimuovere trah (previo ACT) <input type="checkbox"/> PMK_ MODALITA'..... FC (rate)..... SENSITIVITY..... AMPLITUDE..... <input type="checkbox"/> IABP _parametri rilevati: FC..... PA sistolica..... PA aumentata.....
Eventuali terapie da somministrare in reparto:	

INFERMIERE DI SALA OPERATORIA:

INFERMIERE DI REPARTO:

MEDICO DI REPARTO: