

INDICAZIONI PER L' ELABORAZIONE DEL CASO CLINICO E PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

Istruzioni per la redazione dell'elaborato del Caso Clinico

Il caso deve essere redatto in forma narrativa e deve permettere, in modo sintetico, la comprensione della persona, dei suoi problemi e dell'evoluzione clinico-assistenziale del caso stesso.

Deve includere:

- dati della persona assistita [non devono essere riportati i dati personali], quali nome, cognome, data di nascita completa, domicilio, telefono, ecc.] (tutela della privacy): indicare l'assistito come Mario/Maria Rossi, riportare età in anni;
- diagnosi medica d'ingresso/presa in carico della persona e i dati rilevati all' accoglienza;
- breve storia di salute e livello di autonomia della persona
- eventuali trattamenti in corso/a domicilio, se ritenuti essenziali per la descrizione del caso;
- descrizione sintetica e esaustiva dell'evoluzione clinico-assistenziale del caso e della presa in carico complessiva fino alla dimissione. Nella rilevazione dei dati non utilizzare termini generici (ad es. nella norma..., apiretica ecc..) ma indicare i valori specifici.

Accertamento globale/generale secondo i Modelli funzionali di Gordon

Prevede la raccolta dei dati della persona che sono rilevati attraverso il colloquio/l'intervista con la persona assistita e/o il caregiver, l'osservazione, l'esame fisico, l'esame della documentazione clinica e/o personale e che sono inseriti nello specifico modello di salute.

I dati devono permettere l'accertamento globale della persona ma essere pertinenti, significativi e finalizzati alla successiva definizione dell'assistenza infermieristica alla specifica situazione.

La scheda per l'accertamento generale secondo i modelli funzionali della salute presenta una standardizzazione dei dati per aiutare lo studente nella compilazione, ma la raccolta dei dati deve essere contestualizzata alla singola persona assistita, al setting e alla specifica situazione clinico-assistenziale.

Se non si possono rilevare i dati relativi a un modello, questo deve essere indicato come **non valutabile**.

I dati raccolti e inseriti nei diversi modelli devono essere riferiti al momento della presa in carico/accoglienza della persona assistita da parte dello studente.

Ogni osservazione deve includere data e ora della rilevazione.

Le scale sono da utilizzare in modo appropriato, applicando i relativi parametri per il calcolo dello score e da allegare alla scheda.

È possibile allegare alla scheda altre scale di valutazione utilizzate nell' U.O. dove lo studente svolge il proprio tirocinio.

Processo diagnostico e Pianificazione infermieristica

Lo studente dopo aver completato l'accertamento, identifica i **modelli funzionali e disfunzionali** e formula le ipotesi diagnostiche utilizzando il manuale **NANDA-I 2021-2023**, da inserire nel modello funzionale di Gordon di riferimento.

Lo studente valida e identifica le diagnosi infermieristiche prioritarie per la persona e sviluppa la relativa pianificazione per una o più diagnosi, in base alle indicazioni dell'anno di corso.

L'enunciazione della diagnosi infermieristica deve essere completa di:

- Titolo diagnostico tratto dalla tassonomia NANDA – I 2021-2023;

- Fattori Correlati o fattori eziologici che influenzano quel determinato cambiamento dello stato di salute (correlata a...);
- Caratteristiche Definienti (solo per le diagnosi reali) che rappresentano gli indicatori clinici soggettivi (sintomi) ed oggettivi (segni) (che si manifesta con..) e che devono essere presenti nella descrizione del caso.

La pianificazione comprende:

- la formulazione dell'obiettivo/risultato per la persona assistita e l'indicatore di risultato,
- la descrizione degli interventi e attività e le loro motivazioni,
- la valutazione finale con relativo indicatore di risultato.

Gli obiettivi (**NOC**) devono esprimere il risultato raggiungibile dalla persona assistita, che si esprime in un comportamento/stato e deve comprendere il tempo, la condizione e il relativo indicatore di risultato.

L'indicatore di risultato deve essere espresso in modo misurabile (ad es. risultato NOC : il sig. Rossi migliorerà lo stato nutrizionale durante la degenza: presenterà lieve deviazione dalla norma dell'IMC , $IMC = xx$; il sig. Rossi migliorerà lo stato nutrizionale: indicatore: assumerà almeno $\frac{3}{4}$ delle porzioni ai pasti principali, durante la degenza e alla dimissione peserà KG xx.)

Gli interventi e le attività (**NIC**), (autonomi, su prescrizione, di monitoraggio, in collaborazione con altri professionisti/operatori devono essere descritti in analitico, (per esempio: se l'intervento è rilevare i parametri vitali, indicare quali; se è somministrazione dei farmaci, indicare almeno la classe farmacologica ecc.), e contestualizzati alla specifica situazione clinico assistenziale.

La formulazione degli interventi include: azione, sua descrizione, eventuale tempo/durata. Inoltre devono essere supportati dalla descrizione del rationale che ne giustifica l'attuazione.