

## ABSTRACT

Titolo: La documentazione infermieristica: esperienza del centro Trapianti di Padova.

Autore : E. THIENE – IP/L - AFD

La documentazione infermieristica è oggi considerata elemento importante per una buona pratica assistenziale all'interno delle Unità Operative.

Nella presentazione si intende ricordare l'importanza attuale che riveste la documentazione infermieristica .

Viene rapidamente proposta la modalità con cui il gruppo di lavoro su questo progetto, ha iniziato a Padova; evidenzia le difficoltà del gruppo per implementare il percorso.

La presentazione propone il modello attualmente in uso nelle U.O. di trapianto epatico di Padova, che riceve i malati chirurgici che hanno subito l'intervento chirurgico di trapianto epatico, dopo il ricovero intensivo in TIPO.

La recente introduzione della scala di Braden in tutti i ricoveri, voluta dalla Regione , è ulteriormente significativa nel dimostrare il carico assistenziale richiesto.



**2° Convegno  
Nazionale**



**OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO**  
AZIENDA OSPEDALIERA

di rilievo nazionale e di alta specializzazione



Direzione Infermieristica, Tecnico Sanitaria,  
Riabilitativa, Ostetrica

Coordinamento Prelievo e Trapianto d'organi  
Area Provincia di Bergamo

Dipartimento Funzionale Interaziendale di Immunologia  
e Clinica dei Trapianti Ospedali Riuniti di Bergamo / Istituto Mario Negri

**Medicina del trapianto:  
responsabilità  
e nuove opportunità  
per gli infermieri**

**Bergamo,  
Seminario Vescoville Giovanni XXIII  
8-9 giugno 2007**

Con il patrocinio di:



# **NURSING PROCESS E PAZIENTE TRAPIANTATO**

## **Esperienza di PADOVA**

*Presentazione  
Eleonora Thiene*

# *Nursing process o processo di assistenza*

IL PROCESSO ASSISTENZIALE E' UN METODO DI  
IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI.  
DERIVA DAL METODO SCIENTIFICO, MA NON E' PRIVO DI  
INFLUENZE VALORIALI.  
(Gordon, 1994)

# *Nursing process o processo di assistenza*

E' la descrizione puntuale dell'assistenza da attuare ,  
attraverso una metodologia che per ogni caso clinico ,  
richiede:

L'accertamento in ingresso

La diagnosi infermieristica

La pianificazione degli interventi  
obiettivi

Azioni da attuare

implementare

Valutare e verificare

# Perché?

## Aspetti legali:

D. Leg. 273/05/1995 prevede l'adozione di "carte dei servizi";

D. Leg. 42 del 26/2/99, abbiamo la definizione di professione sanitaria e non più ausiliaria sanitaria;

DPR 225/74, conosciuto come "Mansionario", non segnalava alcun riferimento alla cartella infermieristica ma si evinceva l'obbligo professionale, etico e deontologico a documentare i bisogni della persona .

DPR 384 /90 ,(adozione in questo doc. legislativo) sostiene che la cartella infermieristica è un atto pubblico in senso lato, perché redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni e serve a documentare fatti inerenti l'attività da lui svolta.

DPR 739/94 - Profilo Professionale.

C. DC Codice di diritto civile a2699 e 2700rt

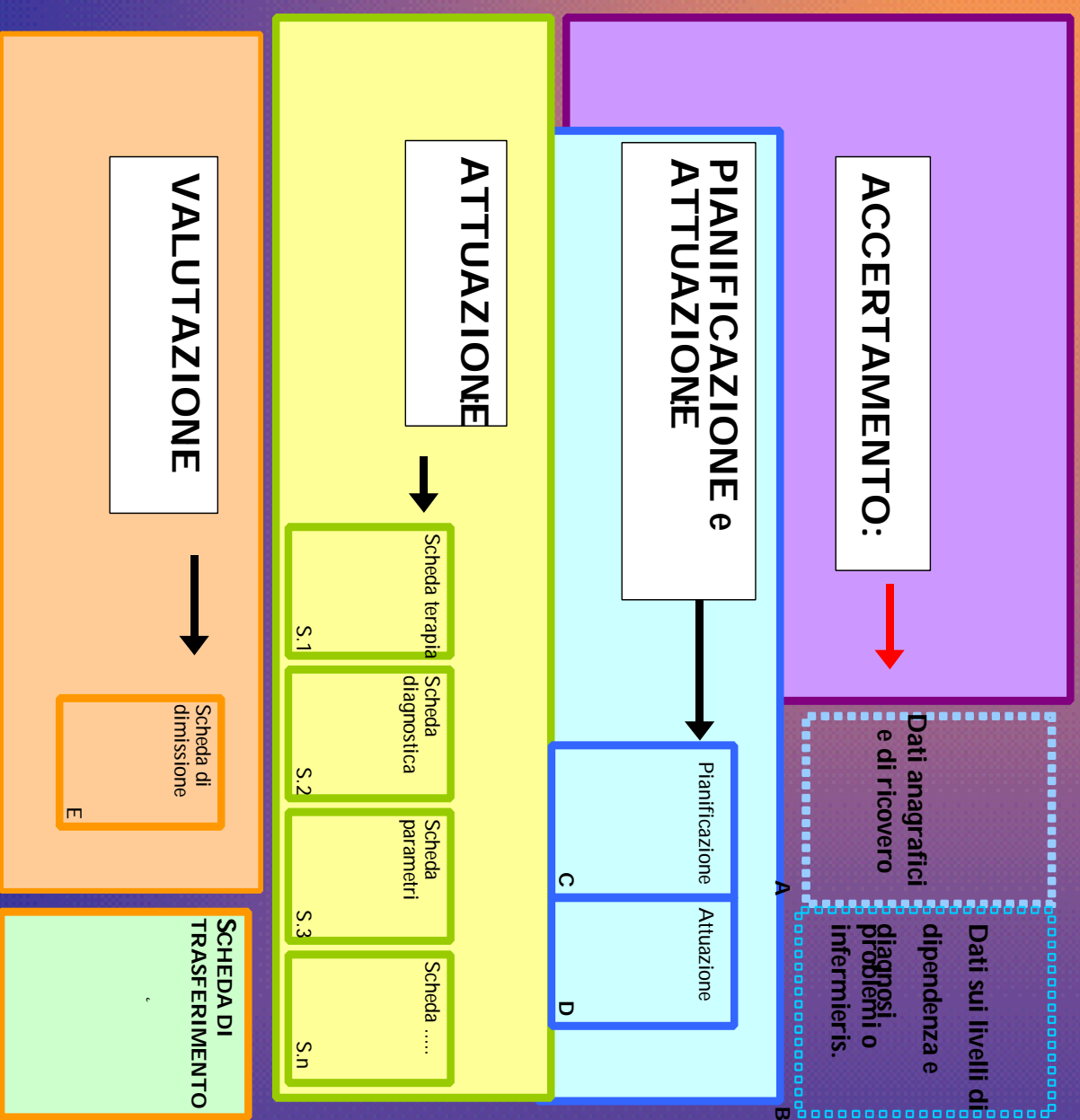
# *PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA ANCORA DUBBI?*

Si ricorda che:

L'attuale legislazione (Codice Deontologico 1994) impone una metodologia di **lavoro per obiettivi** e riconosce all'infermiere la **piena responsabilità e autonomia** nella gestione dei problemi assistenziali e della corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Rappresenta la descrizione di ciò che deve essere previsto ed attuato per assistere la persona; deve comprendere le finalità e gli obiettivi assistenziali da raggiungere, le priorità ed i mezzi per risolvere i problemi reali o potenziali e porre le basi per la valutazione.

# Cartella infermieristica come traccia



## *Attribuzione della documentazione*

L'obiettivo più importante della documentazione infermieristica è comunicare agli altri componenti l'equipe assistenziale, l'evoluzione e le condizioni della persona.

Inoltre la documentazione infermieristica è importante per :

- definire gli aspetti centrali dell'assistenza infermieristica rivolta a una persona o a un gruppo;
- contribuire alla qualità dell'assistenza;
- contribuire alla trasparenza del trattamento sanitario;
- differenziare le responsabilità dell'infermiere da quella di altri componenti l'equipe sanitaria;
- fornire i criteri per la revisione e la valutazione dell'assistenza,
- fornire i criteri per la classificazione dei clienti,
- fornire una giustificazione per il rimborso ;
- fornire dati per revisioni amministrative e legali;
- aderire agli standard previsti dalla legislazione o dall'accreditamento e professional,;
- fornire dati ai fini di ricerca e formazione .





**2° Convegno  
Nazionale**



**OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO**  
AZIENDA OSPEDALIERA

di rilievo nazionale e di alta specializzazione



Direzione Infermieristica, Tecnico Sanitaria,  
Riabilitativa, Dietetica

Coordinamento Prelievo e Trapianto d'organi  
Area Provincia di Bergamo

Dipartimento Funzionale Interaziendale di Immunologia  
e Clinica dei Trapianti Ospedali Riuniti di Bergamo / Istituto Mario Negri

**Medicina del trapianto:  
responsabilità  
e nuove opportunità  
per gli infermieri**

**Bergamo,  
Seminario Vescovile Giovanni XXIII  
8-9 giugno 2007**

Con il patrocinio di:



# **NURSING PROCESS E PAZIENTE TRAPIANTATO**

## **Esperienza di PADOVA**

GRUPPO DI LAVORO “

“DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA”

Azzalin Tarsilla

Ciucevich Stefania

Frison Carmen

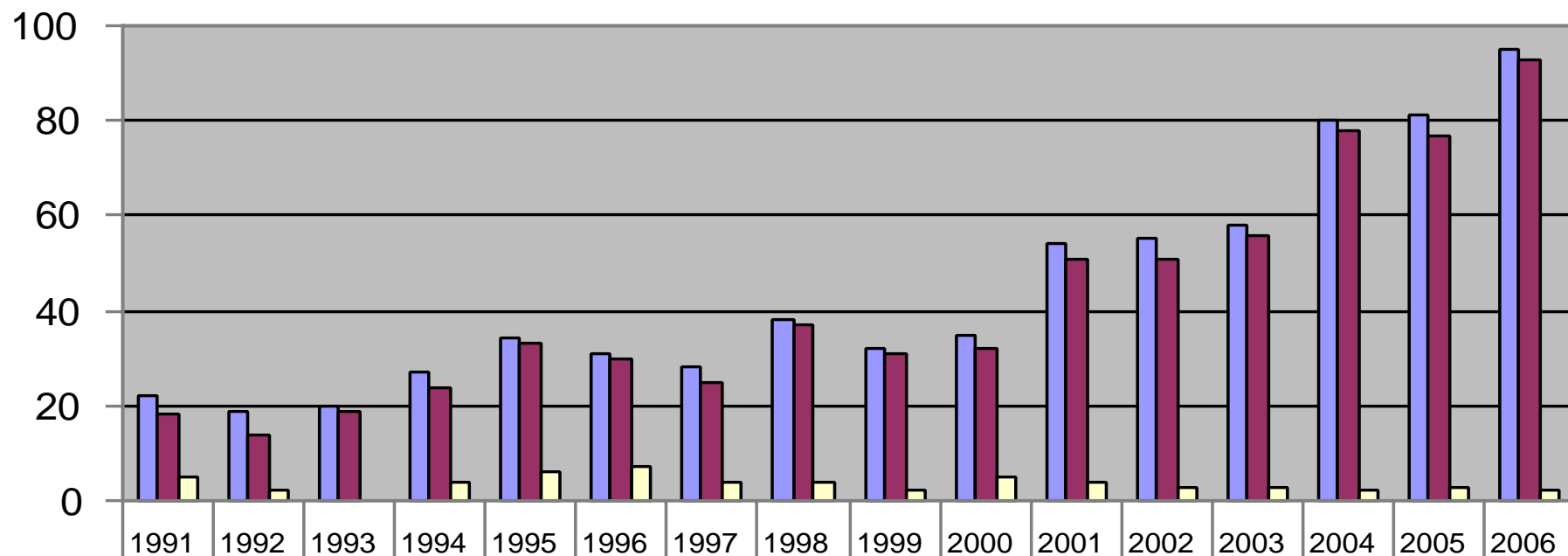
Morandin Monica

Padoan Marina

Stecca Nelly

**Si ringrazia per la collaborazione  
Gobbati Guido**

# STORIA TRAPIANTOLOGICA EPATICA PADOVANA DAL 1991 AL 2006



■ trapianti	22	19	20	27	34	31	28	38	32	35	54	55	58	80	81	95
■ pazienti	18	14	19	24	33	30	25	37	31	32	51	51	56	78	77	93
■ mortalità i.o.	5	2	0	4	6	7	4	4	2	5	4	3	3	2	3	2

■ trapianti   ■ pazienti   ■ mortalità i.o.

# TRAPIANTI ESEGUITI NEGLI ULTIMI ANNI

Tipo di trapianto		N° trapianti 2004	N° trapianti 2005	N° trapianti 2006*
Trapianto da cadavere	Emifegato (Split)	8	5	10
	Emifegato (Splittone)	-	3	1
	Fegato intero	60	65	68
	Fegato ausiliario	-	1	-
Trapianto da donatore vivente		1	1	1
Trapianto combinato fegato/rene		3	1	3
Trapianto pediatrico		8	7	13
<b>Totale</b>		<b>80</b>	<b>81</b>	<b>95</b>

TAB. 2- trapianti di fegato eseguiti dal 2004/05/06 suddivisi in base alla tipologia

# DA DOVE SIAMO PARTITI



Nel 1990 all'apertura del centro trapianti, la documentazione adottata era:

**GRAFICA**

**SCHEDA INFERMIERISTICA**

**DIARIA INFERMIERISTICA**

**CARTELLA CLINICA MEDICA**

Nel corso degli anni la documentazione si è integrata con:

**PROTOCOLLI OPERATIVI AZIENDALI**

(sc. Bartel , calssificazione Norton)

**PROTOCOLLI E PROCEDURE SPERIMENTALI**

**PROTOCOLLO EMATOLOGICO DI VALUAZIONE TRAPIANTO**

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Etichetta Paziente (se manca etichetta)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data ingresso \_\_\_\_\_

Data dimissione \_\_\_\_\_

Data rilevazione	Ingresso	Intermedia	Dimissione
	Punteggio	Punteggio	Punteggio
<b>ATTIVITA'</b>			
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente			
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente			
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)			
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni			
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinenza 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto 10= contiene			
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinenza 5= occasionali incidenti o necessita di aiuto 10= contiene			
<b>Trasferimento nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/ svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della podella			
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente			
<b>Deambulazione</b> 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per >45 m. 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m. 15= indipendente per più di 45 m. può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello			
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili			
<b>TOTALE (0 - 100)</b>			
	Firma Infermiere _____		

1623

SCHEDA PER LA RICHIESTA A NOLEGGIO DI PRESIDIO ANTIDECUBITO

Reparto \_\_\_\_\_ Data Ingresso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° Scheda oncologica \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Diagnosi \_\_\_\_\_

Data richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Persona richiedente \_\_\_\_\_

Situazione Obiettiva

Rischio piaghe da decubito:

nullo  basso  medio  elevato

Presenza di lesioni cutanee:

I° stadio  II° stadio  III° stadio  IV° stadio

Valutazione rischio di lesioni

SCALA DI NORTON

Condizioni fisiche	Stato mentale	Attività	Mobilità	Incontinenza		
Buone	4 Vigile	4 Cammina	4 Autonoma	4 No	4	T O T A L E
Medie	3 Apatico	3 Cammina con aiuto	3 Ridotta	3 A volte	3	
Scadenti	2 Confuso	2 Sita seduto	2 Molto limitata	2 Abituamente (solo urine)	2	
Molto scadenti	1 Incosciente	1 Sita a letto	1 Immobile	1 Si urina e feci	1	
Totale						

Per la rilevazione di ogni parametro del paziente, leggere la casella corrispondente e riportare il punteggio nella casella in basso. Sommare i punteggi e riportare la somma ottenuta nella casella "Totale".

Punteggi: > 14 nessun rischio, 14-12 rischio basso, 11-8 rischio medio, < 8 rischio elevato

LESIONI: SEDE, STADIO (\*), DIMENSIONE (\*\*)  
Classificazione secondo SHEA

SEDE	STADIO	DIMENSIONI	SEDE	STADIO	DIMENSIONI
Occipite	I° II° III° IV°	cm _____	Malleolo est. Sinistro	I° II° III° IV°	cm _____
Scapola destra	I° II° III° IV°	cm _____	Trocantere destro	I° II° III° IV°	cm _____
Scapola sinistra	I° II° III° IV°	cm _____	Trocantere sinistro	I° II° III° IV°	cm _____
Processi spinosi vertebrali	I° II° III° IV°	cm _____	Talpone destro	I° II° III° IV°	cm _____
Zona sacrale	I° II° III° IV°	cm _____	Talpone sinistro	I° II° III° IV°	cm _____
Malleolo est. Destro	I° II° III° IV°	cm _____	Alto	I° II° III° IV°	cm _____

Stadio della lesione (\*)

Stadio I°: infiammazione e distruzione dell'epidermide

• II°: distruzione del derma

• III°: distruzione del sottocute e del pannicolo adiposo

• IV°: necrosi dei muscoli, del pericuteo ed eventualmente dell'osso.

**ESAMI EMATOCHIMICI PER I PAZIENTI  
DA METTERE IN LISTA VALUTAZIONE OLT.**

Cognome Nome  
(etichetta ricovero)

	<b>Esami ematochimici</b>	<b>Data richiesta</b>	<b>Data prelievo</b>
<b><u>PRIMA GIORNATA</u></b>	<p>Emocromo - <u>Sottopopolazioni linfocitarie</u></p> <p><u>PT PTT</u> - <u>AT III</u>(antitrombina 3<sup>a</sup>)- <u>FDP</u> - <u>D Dimero</u> (cluster coagulazione)</p> <p><u>SMAC</u></p> <p><u>Markers tumorali</u></p> <p><u>Amilasi</u> - <u>Lipasi</u> (cluster enzimi)</p> <p><u>Profilo Proteico</u> - <u>IFE</u> (Iptcc: Comp. Muscol) (cluster proteine)</p> <p><u>Hb glicata</u> (cluster biochimica generale)</p> <p><u>Osteocalcina</u> - <u>PTH</u> - <u>Vit. D3</u> - <u>C peptide</u> - <u>Insulina</u> - <u>Glucagone</u> (cluster ormoni)</p> <p><u>Ammonio</u></p> <p><u>Esame Urine</u> - <u>Sangue occulto</u> (Cluster microscopia clinica)</p>		
<b><u>SECONDA GIORNATA</u></b>	<p><u>Clearance creatinina</u> - <u>Elettroliti urinari</u> (laboratorio centrale)</p> <p><u>Gruppo sanguigno</u> - <u>Test di Coombs</u> (ematologia)</p> <p><u>Ac. Anti CMV</u> (cytomegalovirus) - <u>Ac. Anti EBV</u></p> <p><u>Ac. Anti Herpes Simplex</u></p> <p><u>Ac. Anti HIV</u></p> <p><u>Ac. Anti VZV</u> (Herpes Zoster Virus)</p> <p><u>Ac. Anti HAV</u> -</p> <p><u>Ac. Anti Toxoplasma Gondii</u> -</p> <p><u>Ac. Anti HBV</u> - <u>Ac. Anti HCV</u></p> <p><u>HBV DNA</u> (se paziente HBV +)</p> <p><u>HCV genotipizzazione</u> (se paziente HCV +)</p> <p><u>HCV RNA</u> (se paziente HCV +)</p> <p><u>Reazione di Widal Wright</u> - <u>TPHA</u></p> <p><u>Emocultura</u> - <u>Urinocoltura</u> -</p> <p><u>Coprocoltura</u> (per parassiti) - <u>Tampone faringeo</u></p> <p><u>Espettorato</u> - <u>Tampone vaginale</u> (donne) (laboratorio microbiologia)</p>		



# PER MIGLIORARE.....

VANTAGGI	SVANTAGGI
<p data-bbox="286 544 936 711">Velocità di raccolta dei dati essenziali del paziente all'accertamento.</p> <p data-bbox="286 815 913 927">Velocità di accesso ai dati essenziali del paziente.</p>	<p data-bbox="1102 544 1841 711">Rischio di attuare un processo assistenziale incompleto e non personalizzato.</p> <p data-bbox="1102 815 1796 927">Possibilità d'incorrere in Risk Management.</p> <p data-bbox="1102 1023 1863 1318">Non viene documentato il ruolo svolto dall'infermiere per quanto concerne gli ambiti di autonomia, di competenza e di responsabilità.</p>

N° Archivio.....

Spazio etichetta

N° Posto letto.....

## CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... Sesso  M  F

Nazionalità..... Necessità mediatore linguistico  sì  no

### Recapito telefonico e persona referente

Nome/cognome	grado parentela	tel. / cellulare
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Provenienza:  casa  altra unità operativa.....  
 altro ospedale  casa di riposo.....

Modalità d'arrivo  a piedi  sedia a rotelle  barella

Ricovero  ordinario  urgente  day hospital

in data .....

### DIAGNOSI D'INGRESSO .....

PATOLOGIE CONCOMITANTI  ipertensione  diabete  BPCO  Dato.....

Posività a: <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HDV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> altro .....	Gruppo fatto il.....
--	----------------------

ALLERGIE RIFERITE  no  sì  
 farmaci.....  
 alimenti.....  
 altro (specificare) .....

### RICOVERI PREGRESSI

.....  
.....

### ESAME OBIETTIVO

Peso..... Altezza..... PA..... FC..... Circof. Add..... Glicemia.....  
Colorito:  normale  pallido  cianotico  itterico  
Valutazione patrimonio venoso periferico  buono  discreto  difficoltoso

### STATO DELLA CUTE PRIMA DELL'INTERVENTO

Cute integra  sì  no  
Presenza di lesioni cutanee  no  sì sede.....  
Presenza di ulcere vascolari  no  sì.....  
Presenza di piaghe da decubito  no  sì sede.....

### TERAPIA DOMICILIARE

Farmaco.....	Orario assunzione.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....
Farmaco.....	orario.....

### TERAPIA INSULINICA / IPOGLICEMIZZANTE ORALE

Colazione .....

Pranzo .....

Cena .....

Sera .....



**MODELLO COGNITIVO PERCETTIVO**

STATO DI COSCIENZA:  lucido  apatico  confuso/disorientato • spazio • tempo  
 soporoso  incoagulato/comatoso

LINGUA PARLATA  italiano  altro .....

LINGUAGGIO:  normale  difficoltà a riferire (motivo) .....

UDITO:  integro  ipotesi acustica  altro .....

DOLORE:  assente

presente in sede .....

tipo:  acuto  cronico  costante  intermittente  transitorio

**MODELLO DI PERCEZIONE / GESTIONE DELLA SALUTE**

ABUSI DI SOSTANZE:  alcool • interrotto da ..... • non interrotto  
 tabacco • interrotto da ..... • non interrotto  
 psicofarmaci: specificare quali .....  
 interrotto da ..... • non interrotto

MODELLO DI VALORI  fede professata .....

**RIPOSO E SONNO**

regolare  insonnia  
 induce il sonno con farmaci (specificare quali) .....

**MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' Y TOLLERANZA ALLO STRESS**

Il paziente si presenta:  tranquillo  preoccupato  agitato  
 A conoscenza della sua malattia?  sì  no

**MODELLO NUTRIZIONALE/ METABOLICO**

ALIMENTAZIONE:  autonoma  
 con aiuto grado di collaborazione familiare • nessuno • colazione • pranzo • cena  
 DIETA:  libera  per diabetici  per ipertesi  altro (specificare) .....

inappetenza  nausea/vomito  difficoltà alla deglutizione: • solidi • liquidi  
 N.E. attraverso • SNG posizionato il ..... • PEG/Dgincostomia posizionato il .....

**MODELLO ELIMINAZIONE**

ELIMINAZIONE INTESTINALE:  regolare  diarrea  stipsi  
 uso abituale di lassativi tipo .....

continente  occasionalmente incontinente  incontinente

stomia tipo: .....

gestione autonoma stomia  non autonomo

ELIMINAZIONE VESCICALE  regolare / minzione spontanea  
 incontinente: usa • pannolone • occlusore  
 catetere vescicale tipo ..... posizionato il .....

sostituito il ..... rimosso il .....

**MODELLO RUOLO / RELAZIONE**

Occupazione: .....

Interazioni con familiari e amici  normali  tese  problematiche

Interazioni con il personale infermieristico  normali  tese  problematiche

Autorizza le visite  Non autorizza le visite

**MODELLO DI SESSUALITA' / RIPRODUZIONE**

Figli: ..... Ciclo mestruale:  regolare  irregolare  Menopausa/andropausa

Annotazioni varie rilevanti: .....

Data: .....  Dimissione  Autodimissione  Decesso ora: .....

Trasferimento altro reparto: .....

**NUOVO RICOVERO DATA .....**

Diagnosi: .....

Terapia domiciliare: .....

**Trattamento medico chirurgico**

Notizie utili: .....

Data: .....  Dimissione  Trasferimento altro reparto: .....  Autodimissione

**NUOVO RICOVERO DATA .....**

Diagnosi: .....

Terapia domiciliare: .....

**Trattamento medico chirurgico**

Notizie utili: .....

Data: .....  Dimissione  Trasferimento altro reparto: .....  Autodimissione

**NUOVO RICOVERO DATA .....**

Diagnosi: .....

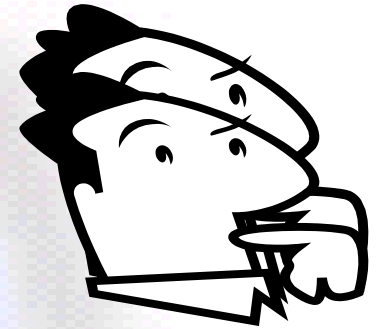
Terapia domiciliare: .....

**Trattamento medico chirurgico**

Notizie utili: .....

Data: .....  Dimissione  Trasferimento altro reparto: .....  Autodimissione

# DOVE VOGLIAMO ANDARE ?



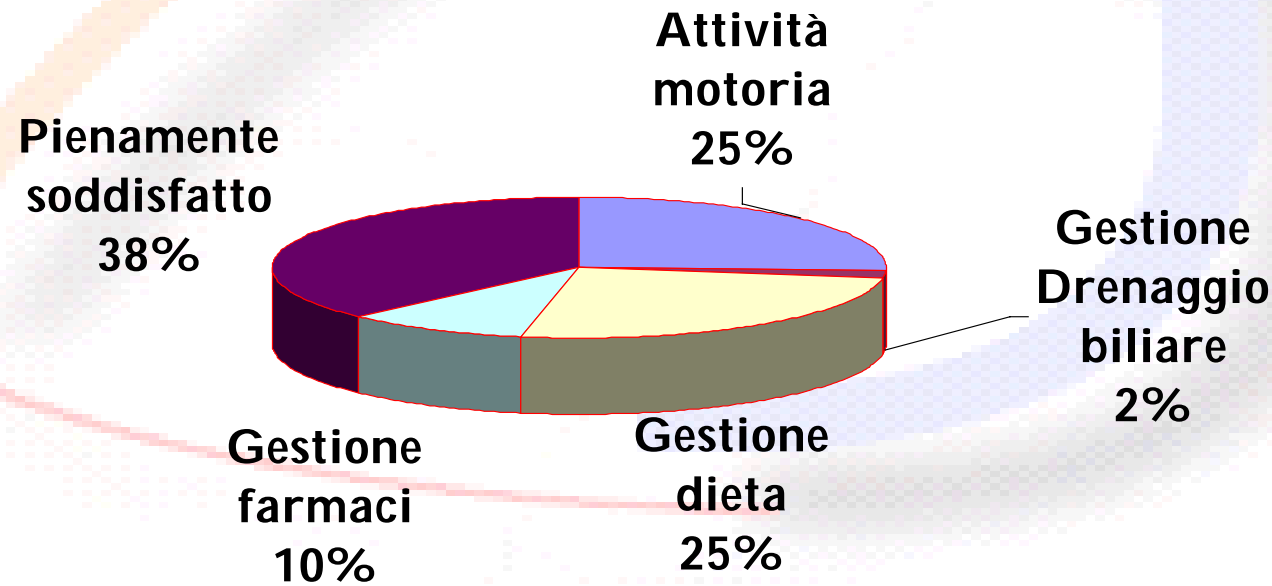
INVESTIRE  
SULLA FORMAZIONE

MIGLIORARE LA QUALITA'  
DELL'ASSISTENZA:  
A LIVELLO ORGANIZZATIVO,  
RELAZIONALE, EDUCATIVO,  
FORMATIVO

ATTIVARE PIANI  
D'ASSISTENZA  
PERSONALIZZATI

# COSA CHIEDE L'UTENZA

Essere informati maggiormente su



Il grafico mostra su quali argomenti gli intervistati vorrebbero essere maggiormente informati e istruiti:

- attività motoria (25%),
- gestione della dieta (25%)
- gestione dei farmaci (10%)
- gestione del drenaggio biliare (2%).

**Il 38% degli intervistati si dichiara Pienamente Soddisfatto delle informazioni date dal personale.**

# MANUALE INFORMATIVO PER IL PAZIENTE

Azienda Ospedaliera di Padova  
Chirurgia Epatobiliare e Trapianto Epatico

## VIVERE BENE DOPO IL TRAPIANTO DI FEGATO

Guida informativa all'autogestione

Padova, 2006

### Indice

---

#### IL RIGETTO

Cos'è il rigetto? Pagina 2  
Come essere in grado di scoprire i primi segni. Pagina 2

#### I FARMACI

Gli Immunosoppressori Pagina 4  
    La Ciclosporina o Sandimmun Neoral Pagina 4  
    L'FK506 o Prograf Pagina 7  
    L'Imuran e il Cell-Sept Pagina 8  
Il Cortisone Pagina 9  
E tutti gli altri Pagina 11

#### IL DRENAGGIO BILIARE o TUBO DI KEHR

Cos'è il Drenaggio Biliare? Pagina 12  
Come prendersene cura. Pagina 12

#### LA DIETA

Mangiare bene, per sentirsi bene. Pagina 14  
Piccoli consigli in cucina. Pagina 15  
Il sovrappeso, un nemico. Pagina 16

#### L'ATTIVITA' FISICA

Perché muoversi aiuta a vivere meglio? Pagina 17

#### LE RELAZIONI SOCIALI

Continuare a vivere a contatto con gli altri. Pagina 18  
L'attività sessuale, e perché no! Pagina 18  
Andare dal dentista. Pagina 19

#### IL CENTRO TRAPIANTI

Impariamo a controllarci. Pagina 20  
Gli appuntamenti ambulatoriali. Pagina 21  
Chi può dare informazioni. Pagina 22



Il SANDIMMUN NEORAL deve essere assunto 2 VOLTE al GIORNO.

Di regola alle ore 8 del mattino ed alle ore 20 della sera.



SE per motivi diversi non fosse possibile assumere il farmaco in tali orari

Si deve comunque assumere la terapia ogni 12 ORE

Bisognerà avere cura di segnalare allo Staff del Centro Trapianti le abitudini di assunzione (esempio: 8→20 o 6→18 o 9→21, etc.)

Come viene decisa la dose giornaliera di SANDIMMUN NEORAL?

La dose giornaliera da assumere viene stabilita in base ai livelli di Ciclosporina presenti nel sangue, attraverso un prelievo, e successivamente dosati dai medici del Centro. Ogni singola dose del farmaco è PERSONALIZZATA, perché ogni paziente assorbe la Ciclosporina in maniera diversa.

Il SANDIMMUN NEORAL è presente in forma di

CAPSULE o SCIROPPO

## IL DRENAGGIO BILIARE (con tubo di kehr)

### Che cos'è il Drenaggio Biliare?

Il drenaggio biliare percutaneo o transepatico, è un piccolo tubo che viene posizionato, attraverso la cute, nei dotti biliari, sia per evitare possibili stenosi (strozzature) dei dotti appena collegati, sia per far fuoriuscire la bile e poter controllare la funzionalità della cistifellea e quindi del nuovo fegato.

Il drenaggio biliare con tubo di Kehr viene posizionato al momento del trapianto in alcuni pazienti e rimane in sede tra i 3 e i 6 mesi.

### Come prendersene cura.

La presenza del tubo di Kehr non deve pregiudicare la normale vita di ogni paziente, basta prestare attenzione a piccoli accorgimenti.

Attività Fisica moderata

Doccia

Bagno

Sono tutte cose che possono essere fatte

→ Bisogna ricordare però di cambiare la medicazione subito dopo.

Per evitare macerazioni della pelle o infezioni.

# CONCLUSIONI

*La documentazione infermieristica diventa una  
necessità  
che professionisti e strutture devono adottare.*

*Permette all'infermiere di assolvere a compiti  
istituzionali,  
di documentare le proprie competenze e abilità,  
si rende responsabile del proprio agire,  
garantisce la trasparenza delle cure.*