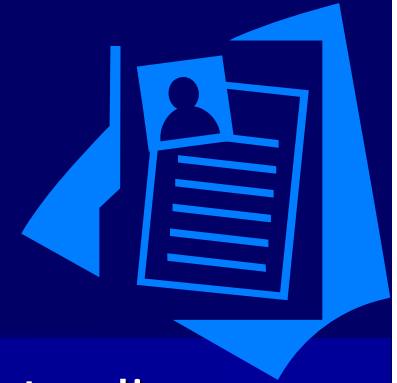


www.fisiokinesiterapia.biz

Cartella Riabilitativa



La cartella riabilitativa generalità



- Nelle strutture di ricovero riabilitativo fa parte di una struttura più complessa la CARTELLA CLINICA o PIA
- In molte realtà esiste solo la cartella riabilitativa (ambulatori) o il ft scrive nel diario della cartella clinica e non sempre ha una sua scheda dove annotare dei dati sul paziente importanti per il suo lavoro
- Occorre imparare fin d'ora che costruire una cartella riabilitativa è un'operazione che aiuta il ft a essere scientifico e a lavorare con qualità secondo le linee guida internazionali della riabilitazione

Cos'è una cartella clinica

- Documento personale, **Privacy**
- Strumento di lavoro per l'équipe
 - PIA
 - Leggibile, consultabile e compilabile da tutta l'équipe
- Strumento di lavoro individuale
- Aiuto alla memoria (ricordare le tappe evolutive di un paziente è un'operazione molto complessa)
- Strumento di studio



Le cartelle Cliniche sono tutte uguali?



- Non sono tutte uguali, ma spesso sono collegate al tipo di paziente che devono descrivere e al tipo di realtà lavorativa che le utilizza
- Spesso non sono informatizzate
- Spesso si differenziano per piccolissimi particolari

Come si costruisce una cartella



- Parti comuni compilate da qualcuno da definirsi ma utili a tutti
- Parti comuni compilate da alcuni operatori dello stesso settore o di settori diversi (cartella riabilitativa/logopedica/infermieristica etc)
- Parti individuali
- Parti di valutazione con test o ceck - list
- Parti di sintesi

La cartella riabilitativa

- Dove si tiene
- A cosa serve
- Chi la deve leggere
- Chi ci deve scrivere
- Come si costruisce

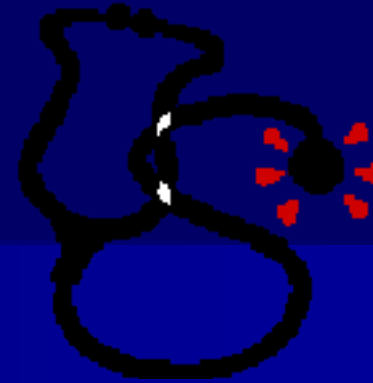


DATI DEL PAZIENTE



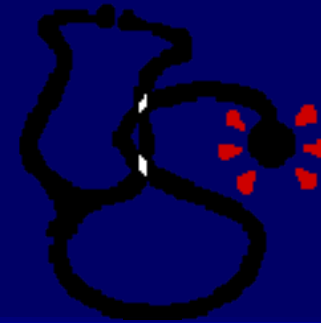
- COGNOME NOME.....SESSO.....ETA'.....
- LUOGO E DATA DI NASCITA.....
- RESIDENZA.....N. TEL.....
- PROFESSIONE.....
- INFORMAZIONI GENERALI.....
- PROVENIENZA (INVIATO DA).....
- N.CART.....
- SEDE DI TRATTAMENTO:
 - DEGENTE AL LETTO
 - PALESTRA
 - AMBULATORIO
 - DOMICILIO

DIAGNOSI MEDICA



- SEDE DELLA LESIONE
- ESAMI STRUMENTALI
- TEMPO D'INSORGENZA
- PROGNOSE MEDICA

ANAMNESI



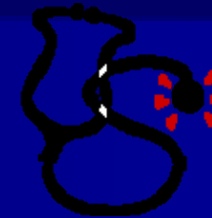
- FATTORI DI RISCHIO
- DATI RELATIVI ALLA STORIA DELLA LESIONE
- VINCOLI AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

ESAME OBIETTIVO

- STATO DI COSCIENZA
- PARAMETRI VITALI
- ALIMENTAZIONE
- ELIMINAZIONE
- IGIENE
- LDD
- VEGLIA / SONNO

- SCALE PER LA VALUTAZIONE DI :

- FORZA
- ARTICOLARITA'
- DOLORE
- ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA (ADL o AVQ)
- SPECIFICHE es TINETTI/ DRS / GLASGOW/ PARKINSON / FIM / etc



Dati da desumere
Dalla Cartella Clinica



VALUTAZIONE RELAZIONALE COMUNICATIVA



- **MODALITA' DI COMUNICAZIONE** (come comunica il pz? verbale non verbale)
- **MOTIVAZIONE** (Quale è il suo interesse nel processo di guarigione, ne comprende l'utilità?) (Quali sono le sue esigenze per quando finisce il nostro intervento casa/lavoro/scuola/tempo libero etc.)
- **COLLABORAZIONE** (comprende modalità del lavoro che intendiamo svolgere con lui/lei e gli ordini semplici? E' in grado poi di eseguire sequenze di movimento o esercizi da noi proposti???)

INDIVIDUAZIONE DEI PROBLEMI



CAPACITA' FUNZIONALI DA MANTENERE O
RECUPERARE
CHE CORRISPONDONO

Al Bisogno di:

- MOVIMENTO
- RESPIRARE
- ALIMENTARSI
- EVACUARE
- COMUNICARE

SEGNI PRIMARI E SECONDARI

- OSSA
- ARTICOLAZIONI
- MUSCOLI
- NERVI
- CUTE E PARTI MOLLI
- VASI
- ALTRO



VALUTAZIONE CHINESIOLOGICA

- PASSAGGI POSTURALI
- POSTURA SEDUTA
- STAZIONE ERETTA
- CAMMINO
- SALITA / DISCESA DELLE SCALE
- ALTRO



FORMULARE OBIETTIVI

- A BREVE TERMINE
- A MEDIO/LUNGO TERMINE
- OBIETTIVI PRIORITARI
- OBIETTIVI CONDIVISI CON IL PZ. E/O FAM
- RISORSE
- ALTRO



PIANIFICARE IL TRATTAMENTO

- PREVENZIONE DI COMPLICANZE (SPECIFICARE QUALI)
- TRATTAMENTO DEI SEGNI (SPECIFICARE QUALI INTERVENTI)
- TRATTAMENTO DELLA FUNZIONE

- COMPENSI (DA CORREGGERE O RICERCARE)

- AUSILI

- MISURE DI IGIENE POSTURALE E MOTORIA
- PROPOSTE DI MODIFICHE AMBIENTALI



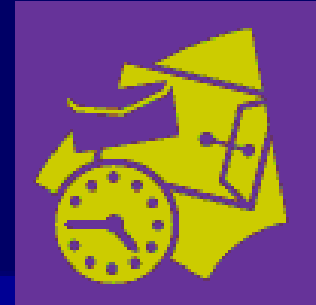
www.fisiokinesiterapia.biz

TEMPI E MODALITA' DI TRATTAMENTO



- Calcolare il tempo effettivo di collaborazione del paziente ci serve a valutare la "finestra riabilitativa" cioè il tempo a nostra disposizione per poter lavorare con risultati, da individuare durante i primi trattamenti
- Aumentare progressivamente il tempo di trattamento
- Definire in anticipo il tempo di trattamento e cercare di non sfiorare

VALUTAZIONE INTERMEDIA



- OBIETTIVI RAGGIUNTI
- OBIETTIVI NON RAGGIUNTI PERCHE'
- MODIFICHE AL PIANO DI TRATTAMENTO
- OBIETTIVI DA MODIFICARE
- INTERVENTI DA MODIFICARE

DOLORE



- SEDE
- MODALITA' D'INSORGENZA
- TIPO
- ANDAMENTO NEL TEMPO
- INTENSITA'

- COMPARE DURANTE IL TRATTAMENTO : QUANDO

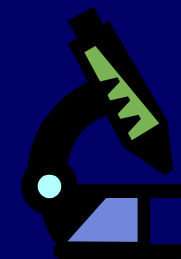
- ALTRO

SENSIBILITA'

- TIPO DI ALTERAZIONE
- SEDE
- ALTRO



ESAME MOTOSCOPICO (GRIGLIA DI OSSERVAZIONE)



- Ispezione - Deformita' - Malformazioni - Cicatrici
- Motilita' passiva ed escursione articolare.
- Motricita' spontanea - patterns normali o anormali
- **Descrizione motilità provocata da ordine verbale o altri stimoli :**
 - Movimenti di compenso
 - Risposta a stimolazioni specifiche (Riflessi)
 - Risposta a stimolazioni aspecifiche (sinergie) /Risposta a stimolazioni sinergiche
 - Reazioni posturali /controllo posturale /raddrizzamenti /appoggi paracadute / equilibri
 - Patterns normali evocabili - movimenti isolati
 - Locomozione - ogni forma di spostamento
 - Manipolazione e coordinazione *oculo-manuale*
- Linguaggio Alimentazione Respirazione
- Sensibilità Sensi Specifici
- Livello Funzionale
- Ausili

RELAZIONE DI SINTESI E COLLEGAMENTO



- **ISTITUTO / ENTE**
- **COGNOME NOME**
- **ETA'**
- **DIAGNOSI CLINICA**
- **PRESENTAZIONE DEL PAZIENTE AD INIZIO TRATTAMENTO**

- **EVOLUZIONE DURANTE IL TRATTAMENTO: AZIONI INTRAPRESE, OBIETTIVI RAGGIUNTI, QUADRO FINALE.**

Il Diario dei trattamenti



- Va compilato giornalmente
- Vi si annotano tutte le variazioni significative che segnalano il recupero, il regresso o lo stato stazionario del paziente
- Si annotano i colloqui con il medico e gli altri operatori
- Si segnalano i colloqui col paziente e con i familiari

Cosa fare della cartella alle dimissioni



- Tenere la copia originale in un archivio della struttura in cui si lavora, se non esiste crearne uno
- Dare una copia al paziente anche se non ne fa richiesta è una buona norma, che consente il collegamento con gli altri operatori che in futuro potrebbero seguirlo