

MODULO

SCHEDA REGISTRAZIONE INSERZIONE CATETERE VESCICALE

Timbro Unità Operativa

ed. 00 rev. 00
29 giugno 2020

Cognome e Nome		Nato il	___/___/___	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data inserimento catetere	___/___/___		
Indicazioni	<input type="checkbox"/> ritenzione acuta <input type="checkbox"/> ritenzione cronica <input type="checkbox"/> incontinenza da disfunzione neurologica permanente della vescica (nel caso non sia possibile usare metodi alternativi, come i condom o pannoloni) <input type="checkbox"/> acontrattilità da disfunzione neurologica permanente della vescica <input type="checkbox"/> controllo della diuresi/bilancio urinario nei pazienti critici (nel caso non sia possibile usare metodi alternativi, come i condom) <input type="checkbox"/> intervento chirurgico che richieda una vescica vuota e stabilmente drenata <input type="checkbox"/> trattamento di neoplasie vescicali con farmaci chemioterapici topici <input type="checkbox"/> esecuzione di esami diagnostici morfologici e funzionali della vescia e delle vie urinarie (es.: pielografia ascendente, cistografia, esame urodinamico,...)				<input type="checkbox"/> immobilizzazione prolungata (nel caso non sia possibile usare metodi alternativi, come i condom o pannoloni) <input type="checkbox"/> macroematuria <input type="checkbox"/> anestesia spinale <input type="checkbox"/> infezioni delle vie urinarie complicate <input type="checkbox"/> interventi chirurgici urologici <input type="checkbox"/> sostituzione di catetere vescicale posizionato:				<input type="checkbox"/> nella stessa U.O. <input type="checkbox"/> in altra U.O. <input type="checkbox"/> al domicilio o altra struttura sanitaria il ___/___/___ (se nota)	
Firma del paziente in caso di rifiuto				Inserimento catetere	<input type="checkbox"/> Igiene perineale					
Tipologia catetere	Calibro del catetere				<input type="checkbox"/> Igiene delle mani					
<input type="checkbox"/> a una via	<input type="checkbox"/> 06				<input type="checkbox"/> Guanti sterili					
<input type="checkbox"/> a due vie	<input type="checkbox"/> 08				<input type="checkbox"/> Posizionamento telini sterili					
<input type="checkbox"/> a tre vie	<input type="checkbox"/> 10				<input type="checkbox"/> Lubrificazione catetere					
<input type="checkbox"/> in lattice	<input type="checkbox"/> 12				<input type="checkbox"/> Inserimento sterile catetere					
<input type="checkbox"/> in silicone	<input type="checkbox"/> 14				Difficoltà inserimento catetere		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		
<input type="checkbox"/> in hydrogel	<input type="checkbox"/> 16				Se Sì, consulenza urologica		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		
<input type="checkbox"/> in PVC	<input type="checkbox"/> 18				<input type="checkbox"/> Ancoraggio catetere	Indicare la quantità di soluzione fisiologica utilizzata per gonfiare il palloncino				
<input type="checkbox"/> molle	<input type="checkbox"/> 20				<input type="checkbox"/> Posizionamento sacca raccolta urine <input type="checkbox"/> cistoclisi					
<input type="checkbox"/> semirigido	<input type="checkbox"/> 22			<input type="checkbox"/> Posizionamento sacca raccolta urine circuito chiuso? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI						
<input type="checkbox"/> rigido	<input type="checkbox"/> 24			<input type="checkbox"/> Rimozione rifiuti						
<input type="checkbox"/> Foley				<input type="checkbox"/> Igiene delle mani						
<input type="checkbox"/> Nelaton				<input type="checkbox"/> Registrazione procedura nella documentazione sanitaria						
<input type="checkbox"/> Mercier				Firma						
<input type="checkbox"/> Couvelaire										
<input type="checkbox"/> Tiemann										
<input type="checkbox"/> Dufour										

