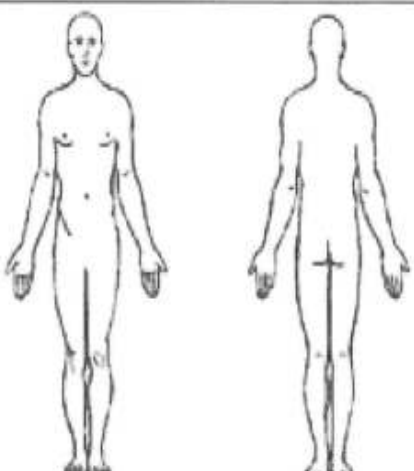


Struttura: SOC Cgirurgia Generale	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL di 08 PP 11-CHI 01
Data: 05/01/2023	Titolo documento: Piano terapeutico regionale per il trattamento locale delle ulcere	Pagina 1 di 1
Redatta da: Dirigente SOC Chirurgia Generale	Approvata da: Direttore SOC Chirurgia Generale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico

U.O. Richiedente \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ C.d.C. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_


Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Letto \_\_\_\_\_

Indirizzo(per Domicilio) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

<u>Tipo di lesione</u>			
N° lesioni	(segnare su iconografia)		
<input type="checkbox"/>	L.d.P (lesione da pressione)		
<input type="checkbox"/>	Vascolare		
<input type="checkbox"/>	Diabetica		
<input type="checkbox"/>	Deiscenza chirurgica		
<input type="checkbox"/>	Trauma		
<input type="checkbox"/>	Preparazione sito per innesto		
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)		

Indicazione clinica \_\_\_\_\_

#### Valutazione lesione

Estensione (cm <sup>2</sup> ) lungxlarg	<input type="checkbox"/> <5	<input type="checkbox"/> <15	<input type="checkbox"/> <25	<input type="checkbox"/> <35	<input type="checkbox"/> >35
<b>Profondità</b>	<input type="checkbox"/> Perdita a tutto spessore, con danno o necrosi del tessuto sottocutaneo, può estendersi sino alla fascia sottocutanea ma senza attraversarla <input type="checkbox"/> Perdita a tutto spessore del tessuto, con estesa distruzione, necrosi o danno a muscolo, osso o strutture di supporto				
<b>Sottominatura</b> Indicare nell'orologio Sottominature ( ore 12 corrisponde alla testa del paziente, ore 6 ai piedi)	<input type="checkbox"/> Non presente <input type="checkbox"/> < 2 cm <input type="checkbox"/> 2-4 cm <input type="checkbox"/> > 4 cm				
<b>Tessuto</b>	<input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Necrosi/devitalizzato <input type="checkbox"/> Granulazione				
<b>Essudato</b>	<input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Abbondante				

Tipologia di medicazione

Misure filler

Struttura: SOC Cgirurgia Generale	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL di 08 PP 11-CHI 01
Data: 05/01/2023	Titolo documento: Piano terapeutico regionale per il trattamento locale delle ulcere	Pagina 2 di 2
Redatta da: Dirigente SOC Chirurgia Generale	Approvata da: Direttore SOC Chirurgia Generale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico

<input type="checkbox"/>	NPWT con filler schiuma	<input type="checkbox"/>	Small
<input type="checkbox"/>	NPWT con filler schiuma	<input type="checkbox"/>	Medium
<input type="checkbox"/>	NPWT con filler schiuma	<input type="checkbox"/>	Large
<input type="checkbox"/>	NPWT con filler schiuma	<input type="checkbox"/>	Extra large
<input type="checkbox"/>	NPWTcon filler garza	<input type="checkbox"/>	Small
<input type="checkbox"/>	NPWTcon filler garza	<input type="checkbox"/>	Medium
<input type="checkbox"/>	NPWTcon filler garza	<input type="checkbox"/>	Large
<input type="checkbox"/>	NPWT set x addome: addome aperto con visceri esposti (kit medicazioni addominali)	<input type="checkbox"/>	(costo 120 euro die)
Canister (raccoltore essudato)		<input type="checkbox"/>	300 ml
		<input type="checkbox"/>	800 ml
<input type="checkbox"/>	Sostituzioni settimanali N° _____		
<input type="checkbox"/> Pressione di aspirazione continua: mmHg _____			
<input type="checkbox"/> Pressione intermittente max mmHg _____ min mmHg _____			
<input type="checkbox"/>	Monouso( vedi all. 5 x misure e codice) segnalare codice riferimento _____ N° sistemi _____		
<b><u>Materiale aggiuntivo</u></b>			
<input type="checkbox"/>	Argento		
<input type="checkbox"/>	Strisce di gel patch (gel biadesivo)		
<input type="checkbox"/>	Raccordo ad Y		
<input type="checkbox"/>	Altro		

Inizio terapia \_\_\_\_\_ Durata prevista \_\_\_\_\_

Rinnovo \_\_\_\_\_ Durata prevista \_\_\_\_\_

Rinnovo \_\_\_\_\_ Durata prevista \_\_\_\_\_

Sospensione \_\_\_\_\_

Termine Terapia \_\_\_\_\_

Trasferimento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro prescrittore \_\_\_\_\_