

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero											
CRITERI PRUO AMMISSIONE	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA										
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo)	A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)										
A2 PA sistolica <90 o >200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg	A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)										
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni	A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)										
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)	A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)										
A6 squilibrio idroelettrolitico o acido-base metabolico	A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)										
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta	A8 procedura che richiede un controllo dietetico										
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi	A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore										
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito	B12 terapia respiratoria intermittente o continua										
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo	B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)										
B14 terapia respiratoria intermittente o continua	B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi										
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria	C18 sanguinamento in atto (escluso perioperatorio)										
	C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)										
	C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi										
	C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)										
	C23 ileo/mancata canalizzazione										
	C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>giornata 1</th> <th>giornata 2</th> <th>giornata 3</th> <th>giornata 4</th> <th>giornata 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	giornata 5					
giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	giornata 5							
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI	1 2 3 4 5 6 7 8 9										
SECONDO PRUO											
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA											
<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO											

Controllo eseguito giorno/...../..... da/...../.....

CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI PIC/APA

	Unità Operativa	Nosografico	
	Età	>65aa	>75aa >85aa
	Regime di Ricovero Ordinario	Progr.	Urg.
	E' previsto APA corrispondente	SI	NO
	Regime di Ricovero Diurno	SI	NO
	Cartella clinica disponibile	SI	(specificare il motivo)
Criteri Generali	Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO
	Attivata preospedalizzazione	SI	NO
	Pz trasferito/inviato da obi/struttura esterna	SI (specificare)	NO
	La diagnosi di ingresso è indicata?	SI (specificare)	NO
	Si evince dalla cartella clinica una condizione clinica di urgenza	SI (specificare quali)	NO
Criteri Clinici	Classe ASA	<input type="checkbox"/> ASA1	<input type="checkbox"/> ASA2 <input type="checkbox"/> ASA3 <input type="checkbox"/> ASA4 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> non c'è valutazione ASA
	Tipo di Anestesia	<input type="checkbox"/> generale	<input type="checkbox"/> plesso <input type="checkbox"/> peridurale <input type="checkbox"/> locale <input type="checkbox"/> sedazione profonda <input type="checkbox"/> altro
	Sono presenti comorbilità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa	SI (specificare quali)	NO
	È presente il referto dell'esame istologico?	SI	NO
Criteri di Completezza	La diagnosi di dimissione è indicata?	SI (specificare)	NO
	Distanza abitazione/ospedale >1h	SI	NO
Criteri socio-familiari	Pz privo di assistenza familiare	SI	NO
	Pz fragile	SI	NO

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

CRITERI PRUO AMMISSIONE	si/no	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA										
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo)		A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)										
A2 PA sistolica <90 o >200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg		A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)										
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni		A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)										
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)		A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)										
A6 squilibrio idroelettrolitico o acido-base metabolico		A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)										
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta		A8 procedura che richiede un controllo dietetico										
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi		A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore										
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		B12 terapia respiratoria intermittente o continua										
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)										
B14 terapia respiratoria intermittente o continua		B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi										
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria		C18 sanguinamento in atto (escluso perioperatorio)										
		C20 temperatura corporea ≥ 38°C (almeno 48 ore)										
		C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi										
		C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)										
		C23 ileo/mancata canalizzazione										
		C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1018 952 1109 1120">giornata 1</th> <th data-bbox="1018 750 1109 952">giornata 2</th> <th data-bbox="1018 548 1109 750">giornata 3</th> <th data-bbox="1018 347 1109 548">giornata 4</th> <th data-bbox="1018 145 1109 347">giornata 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1109 952 1117 1120"></td> <td data-bbox="1109 750 1117 952"></td> <td data-bbox="1109 548 1117 750"></td> <td data-bbox="1109 347 1117 548"></td> <td data-bbox="1109 145 1117 347"></td> </tr> </tbody> </table>	giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	giornata 5					
giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4	giornata 5								
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO		1 2 3 4 5 6 7 8 9										
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA		<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO										
		<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO										
		<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO										

Controllo eseguito giorno/...../..... da/...../.....

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

CRITERI PRUO AMMISSIONE	si/no	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA
A1 frequenza cardiaca <50 o >140 (a riposo) mmHg		A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)
A4 temperatura ascellare >38°C da almeno 5 giorni		A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)
A5 sanguinamento in atto (o nelle ultime 48 ore)		A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)
A6 squilibrio idroelettrolitico o acido-base metabolico		A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)
A7 presenza/sospetto di ischemia miocardica acuta		A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)
A8 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi		A8 procedura che richiede un controllo dietetico
A10 perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore
A11 perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		B12 terapia respiratoria intermittente o continua
B14 terapia respiratoria intermittente o continua		B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)
B16 procedure invasive e/o necessità di sala operatoria		B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi
		C18 sanguinamento in atto (escluso perioperatorio)
		C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)
		C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi
		C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)
		C23 ileo/mancata canalizzazione
		C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)
		giornata 1
		giornata 2
		giornata 3
		giornata 4
		giornata 5
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO		1 2 3 4 5 6 7 8 9
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA		<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO

Controllo eseguito giorno/...../..... da

CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI BREVI 0-1/2-3

Unità Operativa		Nosografico	
Età	>65aa	>75aa	>85aa
Tipo di Ricovero Ordinario	Progr.	Urg.	<input type="checkbox"/> 0/1 g <input type="checkbox"/> 2/3 gg
E' previsto PAC corrispondente	SI	NO	
Cartella clinica disponibile	SI	NO (specificare il motivo)	
Pz trasferito/inviato da obi/struttura esterna	SI (specificare)	NO	
CRITERI DI AMMISSIONE APPROPRIATI		CRITERI DI DEGENZA APPROPRIATI	
MOTIVI DI AMMISSIONE/DEGENZA INAPPROPRIATI			
<input type="checkbox"/> A1. Frequenza cardiaca < 50 o > 140 (a riposo)		31. Esecuzione di esami diagnostici	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> A2. Pressione arteriosa sistolica < 90 o > 200 mm Hg o diastolica < 60 o > 120 mm Hg		32. Esecuzione di intervento terapeutico medico	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> A4. Temperatura ascellare > 38° C per 5 gg compreso il giorno di ammissione in ospedale	<input type="checkbox"/> TC >48h	33. Attesa di esecuzione di intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A5. Sanguinamento in atto (o nelle ultime 48h)	<input type="checkbox"/>	34. Assistenza infermieristica di base	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A6. Squilibrio idroelettrolitico, acido-base, metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica)		35. Assistenza infermieristica - terapia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A7. Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta	<input type="checkbox"/> IMA <input type="checkbox"/> ictus	37. Situazione familiare/sociale critica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A8. Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi (vedi manuale, criterio complesso)	<input type="checkbox"/>	A110. Sala operatoria indisponibile	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> A10. Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito		A112. In corso accertamenti preoperatori	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> A11. Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo		A113. In attesa di intervento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B12. Osservazione medica più volte	<input type="checkbox"/>	A118. Terapia intensiva indisponibile	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B13. Osservazioni e prestazioni infermieristiche più volte	<input type="checkbox"/>	B) Paziente in attesa di eseguire esami (motivo valido anche per il giorno di esecuzione)	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> B14. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua	<input type="checkbox"/>	C) Paziente in attesa di visita specialistica	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> B15. Monitoraggio dei parametri vitali più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	D) Paziente in attesa esito di esami	<input type="checkbox"/> (specificare)
<input type="checkbox"/> B16. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e/o necessità di sala operatoria il giorno stesso od il successivo	<input type="checkbox"/>	E) Altri motivi riferibili all'ospedale	

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero					
<input type="checkbox"/>	B17. Controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare almeno ogni 24 ore	<input type="checkbox"/>	201. Sintomatologia lieve, ma il curante ritiene utile trattare	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	B18. Somministrazione di farmaci o fluidi e.v. da ripetersi più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	202. Iter diagnostico-terapeutico non definito	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	C19. Altre situazioni/prestazioni che giustificano la ammissione		203. Ritardo compilazione documenti	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	C20. Altro (specificare)		F) Motivi socioambientali		
	A8. Controllo dietetico stretto con misure nel GI	<input type="checkbox"/>	205. Attesa trasferimento in altra struttura per acuti/non acuti	<input type="checkbox"/>	
	A10. Prima giornata postoperatoria per procedure selezionate	<input type="checkbox"/>	210. Assistenza domiciliare indisponibile	<input type="checkbox"/>	
	B15. Valutazione del bilancio idrico/diuresi nel GI	<input type="checkbox"/>	211. Prolungamento degenza per motivi non clinici	<input type="checkbox"/>	
	B16. Ferite chirurgiche problematiche e/o drenaggi controllati nel GI	<input type="checkbox"/>	213. Difficoltà nei trasporti per esami/terapie	<input type="checkbox"/>	
	C23. ileo/mancata canalizzazione	<input type="checkbox"/>	220. Assistenza infermieristica domiciliare indisponibile	<input type="checkbox"/>	
	C24. Patologia ematologica acuta	<input type="checkbox"/>			
	D25. Altri situazioni/prestazioni che giustificano la degenza	<input type="checkbox"/>			
	D26. Altro (specificare)				
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO		1 2 3 4 5 6 7 8 9			
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA		<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO			
		<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO			
		<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO			
Controllo eseguito giorno/...../.....		da/...../.....			

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	II° Giorno pre-soglia	soglia	giorno post soglia
/...../...../...../...../...../.....
A1. procedure in sala operatoria nel giorno indice (GI)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A2. procedure in sala operatoria il giorno successivo al GI, ma che richiedono consulti o valutazioni straordinari	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A8 procedura che richiede un controllo dietetico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B12 terapia respiratoria intermittente o continua	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B14. monitoraggio dei parametri vitali più volte nel GI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B15. valutazione del bilancio idrico/diuresi nel GI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C18 sanguinamento in atto (escluso perioperatorio)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C23 ileo/mancata canalizzazione	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ALTRO (specificare):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO			
<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO			
<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO			

VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA

Controllo eseguito giorno/...../..... da

DRG COMPLICATI ORDINARI 0-1 g/DH

Criteri Generali	Unità Operativa	Nosografico	
	Età	>65aa	>75aa >85aa
	Regime di Ricovero Ordinario	Progr.	Urg.
	Regime di Ricovero Diurno	SI	NO
Criteri Clinici	Cartella clinica disponibile	SI	NO
	Pz in obi/P.S.	SI (specificare)	NO
Sono presenti patologie segnalate in diagnosi secondarie che hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero (per i soli DRG complicati)		SI	NO
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA			
<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO			
<input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO			
<input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO			

Controllo eseguito giorno/...../..... da

CHECK LIST CONTROLLO RICOVERI DH DIAGNOSTICI

Unità Operativa		Nosografico	
Età/Data di nascita			
E' previsto PAC corrispondente		SI	NO
Cartella clinica disponibile		SI	NO
Il motivo del ricovero è correttamente indicato?		SI	NO
La diagnosi di ingresso è indicata?		SI (specificare)	NO
Criteri Clinici			
Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa		SI (specificare quali)	NO
Criteri di Completezza			
DRG medico con procedura chirurgica		SI (specificare la procedura)	NO
La diagnosi di dimissione è indicata?		SI (specificare)	NO
Criteri socio-familiari			
Pz privo di assistenza familiare		SI	NO
Pz fragile		SI	NO
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA			
<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO			

Controllo eseguito giorno/...../.....

da

CHECK LIST CONTROLLO DEGENZA PREOPERATORIA

ANNO	NOSOGRAFICO	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	giornata 1	giornata 2	giornata 3	giornata 4					
			oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard	oltre lo standard					
D E G E N Z I A P R E O P E R A T O R I A	ETÁ >65aa	SI									
		NO									
	Regime Ricovero	Ord. PROGR.	A1-A2 cateterismo cardiaco (coronarografia, PTCA)								
		Ord. URG.	A1-A2 angiografia (compresa embolizzazione)								
	attivata preospedalizzazi one	SI	A1-A2 biopsia organo (no cute e sottocute)								
		NO	A10-B14-B15 toracentesi, paracentesi, altre centesi (esclusa rachicentesi)								
	Valutazione Anestesiologica Preoperatoria	SI (specificare ASA)	A10-B14-B15 procedure diagnostiche invasive a carico SNC (inclusa rachicentesi)								
		NO	A8 procedura che richiede un controllo dietetico								
	pz con patologie significative concomitanti	SI (specificare quali)	A11 controllo di terapie e/o effetti nelle 24 ore								
		NO	B12 terapia respiratoria intermittente o continua								
pz in attesa di esami	SI (specificare quali)	B13 somministrazioni e.v. ripetute nelle 24 ore (compreso CVC)									
	NO	B16 gestione di ferite chirurgiche, drenaggi									
pz in attesa di consulenza	SI (specificare quali)	C18 sanguinamento in atto (escluso peroperatorio)									
	NO	C20 temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (almeno 48 ore)									
scadenza delle 24/48h in giorno festivo	SI	C21 problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi									
	NO	C22 evidenza di IMA (sino a 8 giorni) a stroke (sino a 12 giorni)									
indisponibilità S.O./anestesista	SI (specificare)	C23 ileo/mancata canalizzazione									
	NO	C24 problemi ematologici acuti (include anemia post-operatoria)									
NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO			1	2	3	4	5	6	7	8	9
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA			RICOVERO APPROPRIATO								
			RICOVERO INAPPROPRIATO								
			RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO								

Controllo eseguito giorno/...../.....

da/...../.....

CHECK LIST CONTROLLO TAGLI CESAREI

ANNO.....	NOSOGRAFICO				
Regime Ricovero	Ord. Progr.				
	Ord. URG.				
Residente in Calabria	SI				
	NO				
Numero Gravidanze	parti spontanei				
	tagli cesarei				
Prima Gravidanza	SI				
	NO				
Indicazione Clinica all'intervento	nel consenso				
	in cartella				
Classificazione Taglio Cesareo	1 - Motivato da problematica fetale				
	2 - Motivato da problematica della madre				
	3 - Motivato da pregresso parto cesareo (codice 65421)				
	4 - Senza menzione dell'indicazione (codice 66970 e 66971)				
	5 - Documentazione clinica incompleta				
esito parto	V27.1 (nato morto)				
	656.4_ (morte intrauterina)				

Controllo eseguito giorno/...../..... da

Controlli interni di tipo sanitario sui ricoveri ospedalieri dell'A.O. di Cosenza elaborazione a cura Resp. SSA Dr.ssa Antonella Benvenuto Inf. Katia Rossi

CHECK LIST CONTROLLO APPROPRIATEZZA FRATTURE di FEMORE negli ANZIANI (≥ 65da)

ANNO	NOSOGRAFICO	CRITERI PRUO GIORNATA DEGENZA	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI SECONDO PRUO						
			1° giornata oltre lo standard	2° giornata oltre lo standard	3° giornata oltre lo standard	4° giornata oltre lo standard			
	Regime Ricovero	Ord. Progr.	Ord. Urg.						
	Residente in Calabria	SI	NO						
	Codice frattura								
	Codice intervento								
	Valutazione Anestesiologica Preoperatoria	SI (specificare ASA)							
		NO							
	pz in trazione	SI	NO						
ES S I E N G T U F E I R T V O P F E R	pz con patologie significative concomitanti	SI (specificare quali)							
		NO							
		SI (specificare quali)							
		NO							
	pz in attesa di esami	SI (specificare quali)							
NO									
	pz in attesa di consulenza	SI (specificare quali)							
NO									
	scadenza delle 48h in giorno festivo	SI	NO						
		NO							
	indisponibilità S.O./anestesista	SI (specificare)							
		NO							
	VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA			<input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO					

Controllo eseguito giorno/...../.....

da

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di ricovero

check list congruità

UNITÀ OPERATIVA

data/...../.....

CARTELLA N°				
Richiesta di ricovero e documentazione d'accesso	SI	NO	SI	NO
	note:			
Presenza fotocopie documento d'identità e tessera sanitaria	SI	NO	SI	NO
	note:			
Corretta identificazione della diagnosi principale	SI	NO	SI	NO
	note:			
Coerenza tra identificazione diagnosi principale e intervento principale	SI	NO	SI	NO
	note:			
Presenza codifica e codifica corretta delle diagnosi e procedure	SI	NO	SI	NO
	note:			
Coerenza tra date di intervento/procedura e periodo di ricovero	SI	NO	SI	NO
	note:			
Effettiva incidenza delle diagnosi indicate come secondarie	SI	NO	SI	NO
	note:			
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica	SI	NO	SI	NO
	note:			
In cartella clinica sono descritti interventi/procedure chirurgiche non segnalate nella SDO	SI	NO	SI	NO
	note:			
Sulla SDO è presente la firma del dirigente medico che dimette	SI	NO	SI	NO
	note:			
Se codice da 800* a 904*; da 910* a 995* presenza indicazione tipo e codifica corretta cod. E	SI	NO	SI	NO
	note:			

IL DIRIGENTE MEDICO DIREZIONE SANITARIA

Verbale Controllo Congruità

In data è stato effettuato il controllo di congruità per le cartelle cliniche dell'U.O. di relative ai ricoveri del mese di di cui si elencano di seguito i numeri nosografici:

	N° nosografico
1	201 /
2	201 /
3	201 /
4	201 /
5	201 /
6	201 /
7	201 /

8	201 /
9	201 /
10	201 /
11	201 /
12	201 /
13	201 /
14	201 /
15	201 /

16	201 /
17	201 /
18	201 /
19	201 /
20	201 /
21	201 /
22	201 /
23	201 /

Dal controllo effettuato risulta che in n°..... cartelle e sdo le informazioni sono congruenti.

Mentre in n° cartelle cliniche e sdo si sono rilevate delle non congruità relative a:

Richiesta di ricovero e documentazione d'accesso	N°	note
Presenza fotocopie documento d'identità e tessera sanitaria	N°	note
Corretta identificazione della diagnosi principale	N°	note
Coerenza tra identificazione diagnosi principale e intervento principale	N°	note
Presenza codifica e codifica corretta delle diagnosi e procedure	N°	note
Coerenza tra date di intervento/procedura e periodo di ricovero	N°	note
Effettiva incidenza delle diagnosi indicate come secondarie	N°	note
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica	N°	note
In cartella clinica sono descritti interventi/procedure chirurgiche non segnalate nella SDO	N°	note
Sulla SDO è presente la firma del dirigente medico che dimette	N°	note
Se codice da 800* a 904*; da 910* a 995* presenza indicazione tipo e codifica corretta cod. E	N°	note

Il Medico dell'Unità Operativa

Il Medico di Direzione Sanitaria

.....

.....

SSA Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero

check list qualità cartella		Data	.../.../.....	U.O.	
Cartella n.						
1	È identificabile il medico che ha redatto la cartella clinica (ha raccolto l'anamnesi, ha effettuato l'esame obiettivo...) con data, ora e firma					
2	È registrato l'esame obiettivo generale					
3	È registrata l'anamnesi di eventuali allergie a farmaci e/o alimenti					
4	È registrata la diagnosi d'ingresso					
5	Il diario clinico riporta tutte le giornate di degenza					
6	Le valutazioni giornaliere riportano data, ora e firma del medico che le ha effettuate					
7	Le richieste di procedure e consulenze cui il paziente è stato sottoposto, sono riportate in cartella con data, ora e firma					
8	Le consulenze sono registrate sul diario clinico o spazi dedicati, firmate dal medico che le ha effettuate con la data, ora e firma					
9	Se il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico, o a metodiche invasive per le quali è previsto il consenso informato, è presente il consenso informato (intervento, anestesia, ecc.)					
10	È presente il foglio unico di terapia					
11	Le prescrizioni terapeutiche riportano data, orario, via di somministrazione e firma del medico prescrittore					
12	Il foglio unico comprende data, ora, firma dell'infermiere che somministra					
13	È presente il foglio dei parametri vitali compilato con registrazione quotidiana con data ora e firma del rilevatore					
14	È presente l'inquadramento infermieristico del paziente completo, con data, ora e firma					
15	Le annotazioni sul diario infermieristico sono complete di data, ora e firma					
16	La gestione delle cancellature è corretta					
17	È presente una copia della lettera di dimissioni/trasferimento che descrive le condizioni del paziente al momento della dimissione con firma, data e ora					
18	La cartella è firmata dal Direttore dell'U.O. e dal medico che ha avuto in cura il paziente					
19	È presente SDO compilata					
Note:						
Firma rilevatore		Legenda				
		SI	NO	IP = In Parte	NR = Non Rilevabile	NA = Non Attinente

