**Ospedale di** _____ **DATA**_____/_____/_____

# SCHEDA DI VALUTAZIONE Pre-Post PROCEDURA
# Enteroscopia con Videocapsula Endoscopica (VCE)

Etichetta paziente o

COGNOME_____

NOME_____

Data Nascita_____

**Provenienza**

☐ **OSPEDALE** _____

**UO Ricovero**_____

☐ **ESTERNO**

## I. FASE VALUTATIVA

### 1) A cura del Medico Proponente

| A | MOTIVO RICHIESTA PROCEDURA |
|---|---|
| ☐ | Sanguinamento gastrointestinale di origine oscuro (OGIB) |
| ☐ | Anemia da carenza di ferro non altrimenti spiegata |
| ☐ | Malattia di Crohn |
| ☐ | Tumori del piccolo intestino primitivi o metastatici |
| ☐ | Sindromi poliposiche ereditarie |
| ☐ | Malattia celiaca refrattaria |
| ☐ | Altro_____-___ |

| B | ASPETTI CLINICI | |
|---|---|---|
| Capacità di deglutizione conservata | ❑ si | ❑ no: ..... |
| Anamnesi Patologica Remota | ..... ..... ..... | |
| Interventi chirurgici addominali | ❑ sì..... | ❑ No..... |
| ALLERGIE | ❑ sì..... | ❑ No |
| TERAPIA IN ATTO | ..... ..... ..... | |
| ESAMI EMATOCHIMICI | ❑ sì ..... | ❑ no: ..... |
| EGDS | ❑ sì Esito..... | ❑ no ..... |
| RSCS | ❑ sì Esito..... | ❑ no: ..... |

***Firma, Timbro/matricola Medico Proponente*** _____

### *2) A cura del Medico di UO Endoscopia Digestiva per Validazione*

| | | |
|---|---|---|
| Confermata indicazione a VCE | ❑ sì..... | ❑ No..... |
| Necessaria capsula Patency | ❑ sì..... | ❑ No |

***Firma, Timbro/matricola Medico UOSD Endoscopia Digestiva*** _____

**II. SE NECESSARIA PATENCY:**

| | | |
|---|---|---|
| Somministrata Patency | ☐ Sì Data _____h. _____ | ☐ No, motivo……..…… |
| Recuperata Patency | ☐ Sì Data _____ h. _____ | ☐ No, azione conseguente:<br>o attesa per giorni n……<br>o Prescritto Rx addome diretto |
| Possibilità a procedere con VCE | ☐ Sì | ☐ No motivo: …….. |

***Firma, Timbro/matricola Medico Medico UOSD Endoscopia Digestiva*** _____

**III. FASE PRE-PROCEDURA**

***1) a cura dell'Infermiere del reparto richiedente (se paziente ricoverato)***

| | | |
|---|---|---|
| Somministrata preparazione intestinale | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |
| Paziente a digiuno | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |
| Verifica presenza in cartella di documentazione clinica | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |

***Firma e matricola Infermiere reparto richiedente***_____

***2) a cura dell'Infermiere della sede erogante***

| | | |
|---|---|---|
| Assunta preparazione intestinale | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |
| Paziente a digiuno | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |
| Verifica presenza in cartella di documentazione clinica | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |

***Firma e matricola Infermiere sede erogante***_____

***3) a cura del Medico erogante***

| | | |
|---|---|---|
| Valutazione di documentazione clinica in cartella (pz ricoverato) / documentazione personale (pz esterno) | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |
| Raccolta Consenso informato | ❑ sì | ❑ no: ……..…… |

***Firma, Timbro/matricola Medico Erogante***_____

**II. FASE POST PROCEDURA**

***1) a cura del Medico UO Erogante***

| | | |
|---|---|---|
| COMPLICANZE IMMEDIATE | ❑ NO | ❑ SI: ……..…… |

| | |
|---|---|
| OSSERVAZION | **Timbro o Matr.**_____<br>**Firma Medico**_____ |

***2) a cura dell'Infermiere della sede erogante***

| | | |
|---|---|---|
| Rimozione cintura/recorder a termine procedura | ☐ NO…… | ☐ SI |

| | |
|---|---|
| OSSERVAZIONI | **Matr.**_____<br>**Firma Infermiere**_____ |