

## UNITA OPERATIVA DI CARDIOCHIRURGIA

*Programma trapianto cardiaco  
ed assistenza ventricolare meccanica*

# DIARIO CLINICO

Il presente manuale è stato scritto dai soci ACTI (Associazione Cardio-Trapiantati Italiani) sez. Roma, in collaborazione con il personale del Reparto di Cardiocirurgia e dei Trapianti di Cuore dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.

## GENERALITA'

Il paziente ha subito l'intervento di **impianto L-VAD (Left - Venticular Assit Device)** in data \_\_\_\_\_ presso l'Unità di Centro Trapianti dell'ospedale San Camillo:

Tipo LVAD impiantato: **Heart Mate III**

Altri Dispositivi Medici impiantati: **ICD Medtronic**

Allergie:

Gruppo Sanguigno:

Peso (Kg):

Nome e Cognome :

Data di nascita :

Luogo di nascita :

Residenza:

C.A.P. :

Numero di telefono :

Alternato

Parente più prossimo da contattare:

Nr Telefono parente:

## IN CASO DI NECESSITA' RIVOLGERSI A:

Divisione Cardiochirurgia Az. Osp. San Camillo

Day Hospital telefono:

06 5870 4604

06 5870 4541

06 5555 4604

06 5555 4541 (fax)

Reparto Cardiochirurgia telefono:

06 5870 4414

06 5870 4510

Infermiera Resp. VAD (Tania) cell:

339 1675600

Cardiochirurghi Specialisti di Riferimento:

Dott. Montalto cell.

338 9026295

Dott.ssa Comisso cell.

335 8456150

Dott.ssa Pantanella

334 1450210

Medico generico:

Dott.

Numero di telefono :

## INDICAZIONI PER I PAZIENTI VAD

- Misurare la PAM (Pressione Arteriosa Media), Temperatura e Peso corporeo tutti i giorni alla stessa ora, possibilmente appena alzati.  
1. **Contattare il Day Hospital Centro Trapianti se la temperatura dovesse essere maggiore di 37°, o il peso maggiore di 2 kg nell'arco di 2 giorni consecutivi (ripetere la misurazione dopo 15 minuti per conferma dei dati).**
- Effettuare un Test del sistema L-VAD tutti i giorni alla stessa ora, possibilmente appena alzati. **Contattare il Day Hospital Centro Trapianti se dovessero registrarsi oscillazioni significative dei valori (Velocità Pompa, Flusso, P.I., Wattaggio).**
- Annotare tutti i dati di cui al punto 1 e 2 su apposito Diario Clinico mensile (Allegato).
- Se si soffre di diabete accertato da diagnosi medica, misurare la glicemia come è stato prescritto. **Contattare il Day Hospital Centro Trapianti se si dovessero incontrare problemi nella misurazione, o avere una sensazione di malessere.**
- Contattare il Day Hospital Centro Trapianti o il proprio Medico Curante nel caso di qualsiasi segno persistente di infezione, raffreddore, mal di gola, tosse, dolore nell'urinare.**
- Evitare l'assunzione di antibiotici prima di ogni esame di laboratorio o, eventualmente, informare il Day Hospital Centro Trapianti della specifica terapia autorizzata dallo stesso centro.
- E' responsabilità del paziente compilare giornalmente con cura il Diario Clinico mensile ed assicurarsi che tutti i dati (indirizzi, numeri telefonici, ecc) riportati nella presente Cartella Clinica gli indirizzi siano sempre aggiornati.
- PORTARE QUESTO LIBRETTO SEMPRE CON SE' IN CASO DI VIAGGI FUORI SEDE E MOSTRARLO PRIMA DI QUALSIASI VISITA MEDICA IN STRUTTURE OSPEDALIERE DIVERSE DAL SAN CAMILLO.**

# TERAPIA FARMACOLOGICA

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>		<b>Peso:</b>	<b>Kg.</b>			
<b>Revisione</b>		<b>Gruppo Sanguigno</b>						
<b>MEDICINALE / ORARIO</b>		07:00	10:00	13:00	16:00	18:00	20:00	22:00
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

# CONTROLLO GLICEMIA

MESE: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Kg.

## GLICEMIA / INSULINA

Note	Colaz.	Insulina	a.m.	Pranzo	Insulina	p.m.	Cena	Insulina	sera
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

### ATTENZIONE

Se si soffre di diabete accertato da diagnosi medica, misurare la glicemia come è stato prescritto dal medico. **Contattare il Day Hospital Centro Trapianti se si dovessero incontrare problemi nella misurazione, o avere una sensazione di malessere.**

# FISIOTERAPIA

MESE: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Kg. \_\_\_\_\_

## ATTIVITA' GINNICA

Durata complessiva (min.) / note	Calistenica				Tapis Roulant		Cyclette		Cammino	
	Tempo tot.	Supina	Seduto	In piedi	Tempo	Km.	Tempo	Km.	Tempo	Km.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Nella prima colonna scrivere la durata totale dell'allenamento ed eventualmente qualunque nota di interesse; nelle colonne successive scrivere il tempo dedicato a tale attività e numero di esercizi effettuati per ogni posizione (Calistenica) e/o Km percorsi (Cyclette; Tapis Roulant e Cammino, queste ultime due attività equivalenti).

### ATTENZIONE

Come riportato nel Manuale ACTI di Fisioterapia per il paziente VAD, non è necessario fare tutto ogni volta, bensì scegliere ciò che si percepisce più adatto alla giornata e al proprio momento clinico.

**DATI LVAD - mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_**

Giorno	Vel Pompa	Flusso	P.I.	Watt*	TEST	Peso	Temp	PAM	HCT	INR**	Coumadin	Note
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

\* Segnalare con \* a fianco del numero quando batteria è "in carica" (ultima pagina display del controllo VAD)

\*\* Comunicare al DH cell 340 7072598, entro le ore 14:00: "nome, INR precedente, INR odierno, terapia ultimi 7 giorni"

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

1	Per memoria delle date importanti, nella prima colonna scrivere accanto al giorno le sigle "INR", quando previsto il controllo del valore INR o "D.H.", quando previsto il controllo al Day Hospital (es. INR 11 o DH 11).
2	Effettuare il test del Regolatore di Sistema ogni mattina dopo essersi alzato e trascrivere nell'ordine i dati visualizzati sulle varie pagine del display; al termine, riportare ok nella colonna Test o annotare qualsiasi inconveniente nelle note, nonché avvisare immediatamente il Day Hospital.
3	Prendere i valori di Peso, Temperatura corporea e PAM (Pressione Arteriosa Media) ogni mattina appena alzati.
4	Riportare i valori di emocromito e INR quando previsti dal prelievo di sangue.
5	Riportare i dosaggi del Coumadin della settimana nella relativa colonna, secondo prescrizione medica del Day Hospital.
6	Annotare qualsiasi inconveniente o eventi di rilievo nella colonna Note.

**COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE AL DAY HOSPITAL  
AL VERIFICARSI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

- Allarmi di LOW FLOW
  - Qualsiasi segnalazione del Regolatore di Sistema VAD
  - Oscillazioni importanti del PS e del PI
  - Interventi e/o scariche del defibrillatore
- 
- Senso di capogiro e/o perdita di equilibrio
  - Affanno o difficoltà a svolgere attività quotidiane
  - Riduzione significativa della diuresi
  - Incrementi significativi di peso in pochi giorni
  - Comparsa di gonfiore alle gambe
  - Febbre associata a dispnea
  - Febbricola
  - Perdita di sangue dal naso
  - Diarrea profusa

**Nel caso si dovessero verificare una o più delle suddette situazioni  
CONTATTARE:**

Da **LUNEDI'** a **VENERDI'** (orario lavorativo 08:00-14:00):

**Day Hospital al 06 5870 4604** , 06 5555 4604 , 06 5870 4541 , 06 5555 4541  
(Inf. Resp. *Loredana/Alessandra*)

**Fuori Orario Lavorativo** (feriali 14:00-08:00, SABATO, DOMENICA e FESTIVI):

**Inf. Resp. VAD Tania al 339 1675600**

Reparto CCH al 06 5780 4414 , 06 5780 4510

NB: Per situazioni di particolare gravità avvisare urgentemente il **Dott. Montalto al 338 9026295**