

**GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA**

STRUTTURA -----

Numero cartella clinica/SDO _____			
ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
1	La cartella clinica è presente per la consultazione? <i>(se la risposta è sì vanno valutati gli elementi successivi)</i>	La Cartella Clinica (C.C.) deve essere documentata accuratamente e in maniera tempestiva, <b>facilmente accessibile e consentire un sollecito recupero delle informazioni (uguale sequenza dei diversi moduli), inclusi i dati statistici</b>	La cartella deve avere una struttura modulare con moduli numerati, formato A4 (salvo alcuni moduli) e veste grafica uguale per tutto l'ospedale
		Nell'ambito del complessivo programma di valutazione di qualità della struttura deve essere previsto il ruolo per le attività di compilazione e gestione della C.C.	<b>Moduli di consenso:</b> autorizzazione delle comunicazioni delle informazioni relative al ricovero, per indagine tossicologica, alle procedure terapeutiche, al trattamento anestesilogico, alla conservazione di materiale biologico
		Elementi essenziali: diario clinico, C. infermieristica, C. riabilitativa, consenso informato, copia del registro operatorio eventuali informative e volontà dell'assistito, lettera di dimissione, SDO, documenti giustificativi del percorso clinico	
2	Cartella clinica / numero SDO (da SDO)	La C.C. deve essere conservata presso la SC che ha in carico il ricovero, fino alla sua chiusura	Numero di cartella clinica e numero nosologico
3	Reparto ricovero (confronto tracciato SDO)		
4	Copia documento del paziente	Dati di indentificazione della paziente/persona assistita (p.a.) Dati aggiuntivi nome e recapito MMG e eventuali persone referenti o altri documenti di identificazione se cittadini stranieri	Etichette adesive o braccialetti con: nome e cognome; codice fiscale; sesso; reparto di accettazione; allergie a farmaci; uso di farmaci salvavita <b>OGNI MODULO deve riportare nome, cognome, n° di SDO e di nosologico</b>

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
5	Copia TEAM del paziente		
6	Data ingresso ricovero ((confronto tracciato SDO)	<b>Fase di apertura del ricovero</b>	
7	Data dimissione ricovero ((confronto tracciato SDO)		
8	Scheda di dimissione ospedaliera		
9	Prescrizione del Medico di medicina generale		<b>Modulo di anamnesi remota</b> prevista area per terapia medica in corso
10	Motivo di ricovero	se R.O. impegnativa MMG/pediatra con proposta di ricovero	<b>Modulo di sintesi del ricovero</b> contenente sintesi del ricovero di informazioni mediche e infermieristiche
11	Anamnesi patologica prossima	Anamnesi: personale/familiare, prossima e remota	<b>Modulo di anamnesi</b> remota e prossima
12	Esame obiettivo all'ingresso		<b>Modulo per esame obiettivo</b> con moduli per EO in ORL e in traumatologia
13	Esame obiettivo all'ingresso comprendente almeno apparato respiratorio + cardiocircolatorio + sede del problema	+ organi addominali + rilevazione accurata dei segni e dei sintomi con definizione di ipotesi diagnostiche, dei problemi attivi, pianificazione del processo di cura	
		Informazioni idonee a supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza e dei relativi esiti.	
14	Diario medico	<b>Decorso del ricovero e processo di cura</b> (il documento parla di diario clinico e non medico, infatti parla di scritture relative al piano diagnostico, terapeutico e assistenziale)	<b>Modulo di diario integrato</b> (medico, infermiere, dietista, fisioterapista, ...) con rimandi a moduli specifici per consulenze
15	Diario medico con annotazioni in tutte le giornate di degenza	Descrizione giornaliera del decorso delle patologie e di altri fatti clinici rilevanti da annotare al momento del loro accadimento. Annotazioni su esito favorevole o sfavorevole del percorso curativo adottato.	

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
		referti in originale che riportino: S.C. erogante e richiedente con data e ora, identificazione pz, quesito diagnostico, tipo di es. eseguito, formulazione esito parere, conclusioni diagnostiche con eventuali suggerimenti/commenti	
16	Annotazioni nel diario medico firmate/siglate	Registrazione degli interventi (con riferimenti a protocolli diagnostici/terapeutici <b>validati</b> ) multidisciplinari/multiprofessionali corredati di data, ora e firma identificabile	
17	Programmazione e relativa pianificazione dell'iter diagnostico-terapeutico		
<b>SITRPO</b>	<b>ACCERTAMENTO DI NURSING INFERMIERISTICO/OSTETRICO/RIABILITATIVO</b>		<b>Modulo di accertamento infermieristico con identificazione dei problemi reali e potenziali, dei risultati e con sintesi dell'anamnesi infermieristica</b>
		Informazioni idonee a supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, e documentare accuratamente il decorso dell'assistenza e dei relativi esiti.	
<b>SITRPO</b>	<b>IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI/PROBLEMI</b>	Individuazione dei problemi attivi a supporto delle diagnosi. Pianificazione dei processi di cura/assistenziali	
<b>SITRPO</b>	<b>DEFINIZIONE OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI</b>		
21	Programmazione e relativa pianificazione degli interventi infermieristici	C. ostetrica prevede: accertamento, sorveglianza stato di salute e benessere materno fetale/neonato, processo diagnostico, pianificazione, realizzazione delle cure	

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
18	Diario infermieristico	diario infermieristico/ostetrico	<b>Modulo di diario integrato</b> (medico, infermiere, dietista, fisioterapista, ...) con rimandi a moduli specifici per consulenze
19	Diario infermieristico con annotazioni in tutte le giornate di degenza/ <b>ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI + SCHEDE SPECIFICHE PUNTO 26</b>	su schede infermieristiche e/o diario giornaliero, indicando per ognuna data e orario, in ordine cronologico, registrando le osservazioni dei cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale	<b>Modulo di sorveglianza post-operatoria in area di risveglio</b> (farmaci, fluidi, segni vitali, diuresi, drenaggi, ecc.) a firma Anestesista/Inf. SO
20	Annotazioni nel diario infermieristico firmate/siglate/leggibili		<b>Modulo di rientro in reparto</b> (accessi vascolari, drenaggi, medicazioni, liquidi infusi) a firma Infermiere di SO/SC
<b>SITRPO</b>	<b>VALUTAZIONE DEI RISULTATI</b>		
22	Scheda Unica di Terapia Farmacologica	raccomandazione Ministero Salute n°7/2008	Raccomandazione Ministero Salute n°7/2008 e n°12/2010 <b>Modulo foglio unico di terapia</b> (più uno specifico per la Terapia Intensiva)
	- data ora inizio terapia		
	-medico prescrittore		
	-operatore sanitario esecutore		
	-descrizione della terapia farmacologica		
	-possibili variazioni o sospensioni della terapia	segnalazione degli eventi avversi legati al trattamento farmacologico	
	-registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia al paziente indicati in tempi e modi prescritti	registrazione di avvenuta somministrazione, datata, firmata, con motivazioni in caso di mancata somministrazione	
	Registrazione dei parametri vitali previsti dal M.E.T.- AL + peso corporeo, alvo, ecc	<b>Scheda MEWS</b> (FR, Fc, PA, coscienza, T° corporea, comorbilità)	

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
		Prescrizioni nutrizionali: dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione	
23	Valutazione finale infermieristica rispetto ai risultati assistenziali ottenuti e alla valutazione dei problemi assistenziali e sanitari ancora presenti (con eventuale ipotesi di piano assistenziale extraospedaliero)		
<b>SITRPO</b>	<b>SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA (VERSO DOMICILIO O VERSO ADI/STRUTTURE)</b>	data e firma del medico ovvero da altro personale sanitario responsabile della dimissione, individuato dal direttore sanitario del Presidio	<b>Modulo di relazione di dimissione</b> con parte medica e infermieristica <b>Modulo di attivazione assistenza domiciliare</b> <b>Modulo di trasferimento infermieristico</b> <b>Scheda di valutazione infermieristica - dimissione difficile - BRASS INDEX</b>
	<b>check list per la sicurezza del paziente in sala operatoria</b>		Raccomandazione Ministero Salute n°3/2008 e n°2/2008 <b>Modulo check list sala operatoria: accesso sala - time out - uscita sala</b>
		Scheda di valutazione anestesiológica: valutazione pre intervento, preanestesia, conduzione anestesiológica, valut. post intervento, vedi dettagli pag. 11 DGR	<b>Modulo di valutazione pre-operatoria</b> <b>Scheda anestesiológica</b>
24	Verbale operatorio	vedi dettagli completi a pag. 12 regione	<b>Verbale di intervento chirurgico</b>
	- descrizione dell'intervento		<b>Modulo tracciabilità sala operatoria</b>
	- data dell'intervento		Raccomandazione Ministero della salute n°2/2008 - Prevenzione ritenzione garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito operatorio
	- durata dell'intervento		
	- identificazione degli operatori		

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
25	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche	Documentazione inerente: ogni altra dichiarazione di assenso/dissenso dell'assistito, e/o attestante l'esercizio della legale rappresentanza di terze persone	<b>Moduli di consenso:</b> autorizzazione delle comunicazioni delle informazioni relative al ricovero, per indagine tossicologica, <b>alle procedure terapeutiche, al trattamento anestesiologico</b> , alla conservazione di materiale biologico
	- data		
	- firma paziente		
	- firma medico		
26	Accuratezza nell'adozione di scale di valutazione:		
	- valutazione del dolore	Raccomandata la scala numerica 0 -10 o altre schede individuate dal Comitato "Ospedale Senza Dolore"	<b>Scheda di valutazione infermieristica - Scheda PAINAD Scheda di rilevazione e monitoraggio del dolore</b>
	- scala di Braden		<b>Scheda di valutazione infermistica con scala di Braden</b>
	- Scala di Barthel O ALTRE DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA		<b>Scheda di valutazione infermieristica con Barthel index</b>
	- Water Swallow test - Monitoraggio e gestione accesso venoso		
<b>SITRPO e Nutrizione Clinica</b>	<b>SCHEDA VALUTAZIONE MALNUTRIZIONE</b>	dati relativi alla dieta speciale ed enterale/parenterale prescritta, alle eventuali modifiche e all'avvenuta somministrazione	<b>Scheda di valutazione infermieristica - Scheda MUST</b> (BMI, Calo ponderale, alimentazione per os, punteggio di valutazione del rischio)
<b>SITRPO</b>	<b>SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI LESIONI DA PRESSIONE</b>		
<b>SITRPO</b>	<b>FATTORI RISCHIO OMS/SCHEDA DI CONLEY</b>		<b>Scheda di valutazione infermieristica - Scheda ReTos - scala di Conley</b>
<b>SITRPO</b>	<b>SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI CADUTE DH/DS</b>		
<b>SITRPO</b>	<b>SCHEDA VALUTAZIONE/INTERVENTI CADUTE RO</b>		
<b>SITRPO</b>	<b>SCHEDA ASSISTENZA OSTETRICA (da definire)</b> (Scheda partogramma, Scheda valutazione poppata, ..)		
27	Scheda riabilitativa	<b>da rivedere con Coordinatori FKT, FKT, Logopedisti, Educatori, Fisiatri</b>	
28	Diario riabilitativo con presenza di annotazioni in tutte le giornate di degenza		

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		REGIONE PIEMONTE - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	MINISTERO DELLA SALUTE - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
29	Annotazioni riportate nel diario riabilitativo firmate/siglate		
30	Proposta di percorso riabilitativo individuale (PPRI)		
31	Piano riabilitativo individuale (PRI)		
32	Sintesi del PRI (obiettivi per funzioni)		
33	Data PPRI / PRI		
34	Timbro e firma medico fisiatra		
35	Prognosi funzionale		
36	Indicazione al trattamento		
37	Previsione dei tempi di ricovero		
38	Progetto di struttura, in coerenza con il PRI, e relativa comunicazione all'ASL di residenza del paziente (da effettuarsi entro 10gg dal ricovero a cura della CdC)		
39	Codice di disabilità		
40	RRF di primo livello: effettuazione progetto di struttura di almeno 1h/die		
41	RRF di secondo livello: progetto di struttura di almeno 3h/die		
42	Scala Barthel Index..../100		
43	Scala FIM ..../126 (obbligatorie)		
RRF	<b>ALTRE SCALE:</b> - Walking test - Harris hip score - HHS - Scala di Constant per la valutaz funzionale della spalla - Simple Shoulder test		
44	Azienda e reparto di provenienza		
45	Data di richiesta trasferimento ad altro setting assistenziale		

Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA		<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
46	Motivo trasferimento		
47	Relazione clinica allegata alla richiesta		
48	<i>Autorizzazione al trasferimento in altro reparto/setting assistenziale di postacuzie? (solo per Istituti a non diretta gestione della ASR)</i>		
		<b>Chiusura del ricovero e della Cartella Sanitaria</b>	
49	Lettera di dimissione datata e firmata con descrizione sintetica del decorso, eventuali terapie, prescrizioni diagnostiche, follow up:	in caso di trasferimento la lettera di dimissione deve fornire indicazioni su: ragioni ospedalizzazione, processo di diagnosi e cura attuato, risultati significativi evidenziati, condizioni del paziente al momento del trasferimento, terapia in corso	<b>Modulo di relazione di dimissione</b> con parte medica e infermieristica <b>Modulo di trasferimento</b> medico e infermieristico <b>Modulo di attivazione assistenza domiciliare</b>
	- data di stesura	presenza di apposita area per decisione di dimissione contro il parere del medico o per opposizione alla dimissione e ora	
	- identificazione del medico redattore	data e firma del medico responsabile della dimissione	
	- sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)		
	- indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")		
			La Cartella Clinica dei pazienti dimessi va completata entro 30 giorni dalla dimissione o refertazione ultima indagine
		La C.C. è completa quando i contenuti informativi (compresi la sintesi clinica e le note conclusive) siano assemblati e certificati, e siano state registrate tutte le diagnosi finali e le complicazioni senza ricorrere a simboli o abbreviazioni	

	Servizio I.T.R.P.O. ELEMENTI DELLA CARTELLA CLINICA	<b>REGIONE PIEMONTE</b> - Delibera 457/2012 - Criteri presenti nel manuale ma non riportati nella griglia	<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> - Manuale 2012 - Cartella Paziente Integrata
		Elementi essenziali: diario clinico, C. infermieristica, C. riabilitativa, consenso informato, eventuale verbale operatorio e informative e/o volontà dell'assistito, lettera di dimissione, SDO, documenti giustificativi del percorso clinico	
		Tutti i documenti/referti relativi al ricovero sono in originale. La cartella è firmata in ogni sua parte.	
		I fogli che costituiscono i diversi moduli sono numerati, intestati (codice della C.C., dati identificativi paz., titolo del documento es. diario clinico, C. infermieristica, lettera di dimissione, ecc) e raggruppati in modo omogeneo per tipologia	
		Il Direttore Sanitario di Presidio è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO e dei controlli sulla completezza e congruità delle informazioni ivi riportate	
		Archiviazione e conservazione a cura della Direzione Sanitaria di Presidio	

<b>JOINT COMMISSION</b> - Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
<b>ob.:</b> Migliorare l'efficacia della comunicazione(IPSG), <b>standard IP SG.2</b> L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori
<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.2</b> La politica ospedaliera identifica i soggetti autorizzati a fare annotazioni nella C.C. e stabilisce il formato e il contenuto della stessa
<b>ob.:</b> Identificare correttamente il paziente (IPSG), <b>standard IP SG.1</b> il pz è identificato tramite utilizzo di due dati identificativi ad esclusione di reparto stanza o letto
<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.1</b> (specifica dello standard) La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente.

**JOINT COMMISSION** Manuale 2011 -  
Standard per l'accreditamento degli Ospedali

**ob:** Valutazione del paziente (AOP), **standard AOP.1.3** I bisogni di assistenza medica e infermieristica del pz sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.

**standard AOP.1.4.1** Le valutazioni medica e inf.ca iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione

**ob.:** Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) **standard MCI.19.1** (specifica dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento

**ob.:** Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) **standard MCI.19.1** (specifica dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento

**standard MCI.19.1** (specifica dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a documentare il decorso e i risultati del trattamento

JOINT COMMISSION. Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
<b>ob:</b> Cura del paziente (COP), <b>standard COP.2.1</b> L'assistenza e le cure fornite a ciascun pz sono pianificate e documentate in cartella clinica
<b>ob:</b> Valutazione del paziente (AOP), <b>standard AOP.1.3</b> I bisogni di assistenza medica e infermieristica del pz sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.
<b>standard AOP.1.4.1</b> Le valutazioni medica e inf.ca iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione
<b>standard MCI.19.1</b> (specifica dello standard) la cartella clinica contiene informazioni sufficienti a giustificare le cure ed il trattamento
<b>ob.:</b> Educazione del paziente e dei familiari (PFE), <b>standard PFE.1</b> L'organizzazione fornisce l'educazione alla salute a supporto della partecipazione attiva del pz e dei familiari alle decisioni terapeutiche e ai processi assistenziali
<b>ob.:</b> Assistenza Anestesiologica e chirurgia (ASC) <b>standard ASC.7.3</b> Lo stato fisiologico di ciascun paziente è monitorato su base continua, durante l'intervento e nell'immediato posto operatorio e documentato in cartella clinica

<p><b>JOINT COMMISSION</b> Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali</p>
<p><b>ASC.7.4</b> L'assistenza post operatoria del paziente è pianificata e documentata</p>
<p><b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.1</b> (specifica dello standard) La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a documentare il decorso e i risultati del trattamento</p>
<p><b>standard MCI.19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data</p>
<p><b>ob.:</b> Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU), <b>standard MMU.6</b> L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a somministrare i farmaci.</p>
<p><b>ob.:</b> Gestione e utilizzo dei farmaci (MMU), <b>standard MMU.7.1</b> Gli errori di terapia, compresi i "near miss" sono segnalati con un processo e nei tempi stabiliti</p>

**JOINT COMMISSION** Manuale 2011 -  
Standard per l'accreditamento degli Ospedali

**ob.** Accesso all'assistenza e Continuità delle cure (ACC), **standard ACC.2** L'org.ne progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari

**standard ACC.3** Esiste una politica che guida la dimissione o l'invio del paziente ad altro professionista sanitario o ad altra struttura sanitaria.

**ob.:** Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) **standard MCI.19.3** per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data

**ob:** Assistenza anestesilogica e chirurgica (ASC), **standard ASC.5.2** Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesilogica sono scritti in cartella clinica

**standard ASC.5.3** Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in c.c.

**JOINT COMMISSION** Manuale 2011 -  
Standard per l'accreditamento degli Ospedali

**ob.:** Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) **standard MCI.19.3** per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data

**ob.:** Valutazione del paziente (AOP), **standard AOP.1.6** il paziente è sottoposto ad uno screening dello stato nutrizionale e dei bisogni funzionali e se necessario viene attivata la consulenza per ulteriori valutazioni e trattamenti



<b>JOINT COMMISSION</b> Manuale 2011 - Standard per l'accreditamento degli Ospedali
<b>X ob.</b> Accesso all'assistenza e Continuità delle cure (ACC), <b>standard ACC.2</b> L'org.ne progetta e implementa processi atti a garantire la continuità dei servizi sanitari offerti al paziente al suo interno e il coordinamento tra gli operatori sanitari
<b>ob.:</b> Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) <b>standard MCI.19.3</b> per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data
La JCAHO ha elaborato un elenco di abbreviazioni vietate (Official "Do Not Use" List - 2001 - 2004 - 2010)

**JOINT COMMISSION** Manuale 2011 -  
Standard per l'accreditamento degli Ospedali

**ob.:** Gestione della comunicazione e delle informazioni (MCI) **standard MCI.19.3** per ogni annotazione effettuata in c.c. è possibile identificarne l'autore e la data