

Paziente urologico

Riabilitazione e cure trasversali



1 marzo 2025

DALLA DIMISSIONE AL FOLLOW UP



Barbara Morselli
Infermiera Stomaterapista





DIMISSIONE



Il paziente prosegue in un percorso mirato al recupero e alla riabilitazione





PROTOCOLLO ERAS

.EDUCAZIONE PAZIENTE - CARE GIVER

**.PIANIFICAZIONE INCONTRI
AMBULATORIALI**

**.VALUTAZIONE PROTESICA E QUALITA' DI
VITA**

.RIABILITAZIONE

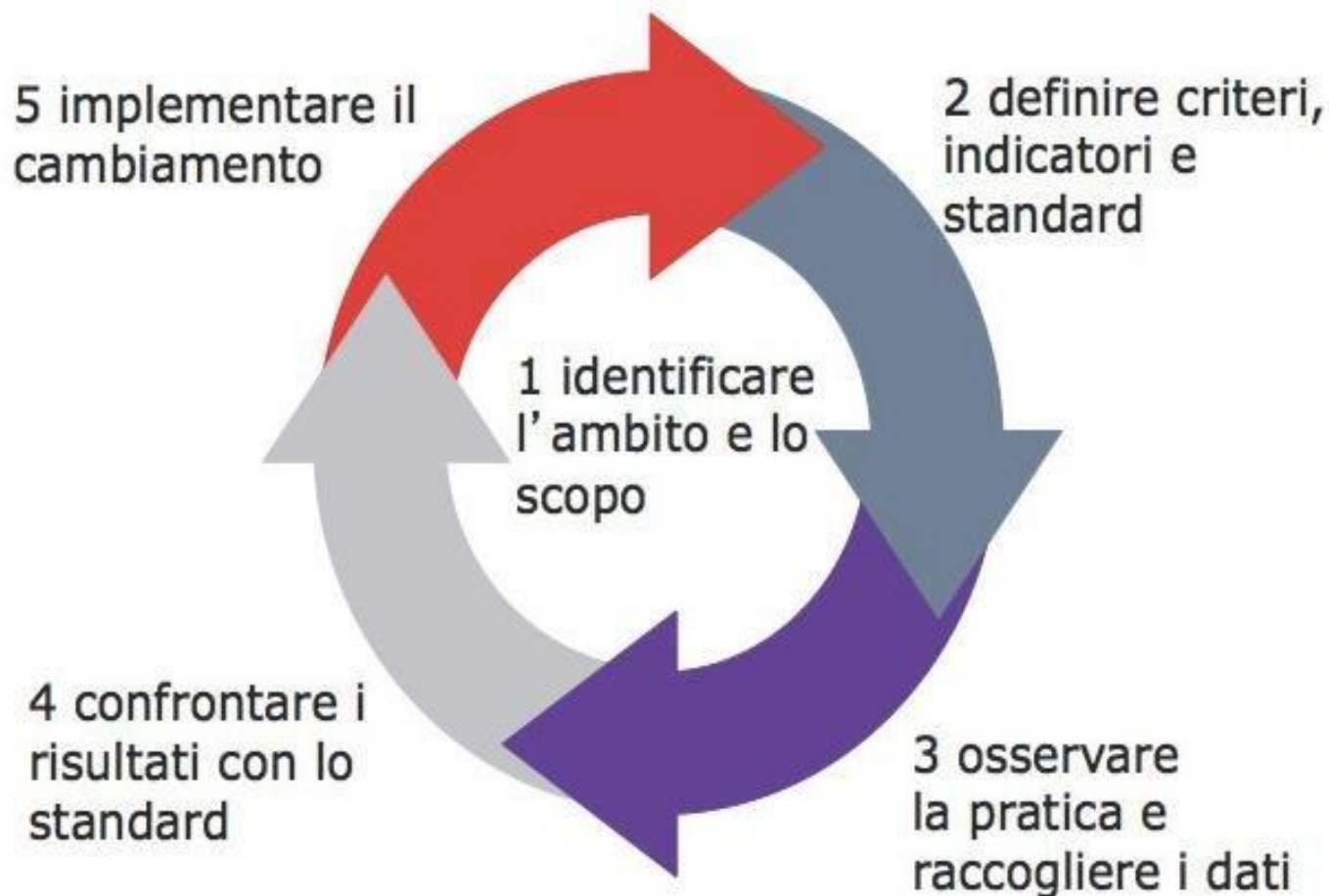
.INFERMIERE I



.....



PRIMO ACCESSO AMBULATORIALE





CARTELLA

RACCOLTA DATI PER IDENTIFICARE I BISOGNI E PROBLEMATICHE

.DATI ANAGRAFICI

.DIAGNOSI D'INGRESSO

.BREVE ANAMNESI

.RECAPITI TELEFONICI

**.SEGNI E SINTOMI CHE IL PAZIENTE PRESENTA ALLA
DIMISSIONE**

.TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

.IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI



GESTIONE DEL PAZIENTE CON U.C.S.





Al primo accesso ambulatoriale di norma gli stent sono ancora

- Controllo della corretta posizione degli stent all'interno della sacca di r**
- Valutazione del complesso stomale**
- Verifica della pervietà dei tutori**
- Valutazione dei bisogni e dell'autonomia del paziente/caregiver**
- Controllo dell'appuntamento per la prima sostituzione in regime ambul**
- Concordare date appuntamenti successivi**

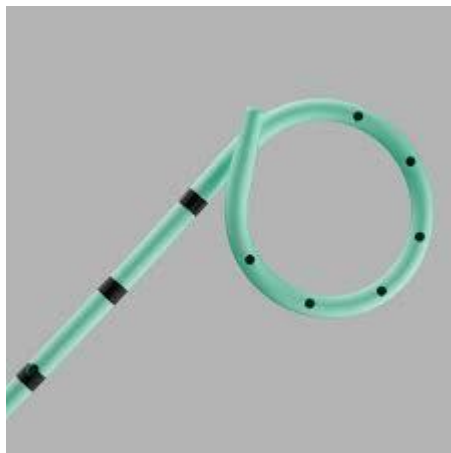


TUTORI URETERALI

□ CATETERE DI BRACC



•Punta “Pig Tail”



-FOLEY SILICONATO FORATO IN PUNTA





TUTORI URETERALI

**Corretto posizionamento dei fili di ancoraggio dopo
sostituzione degli stent
(primo cambio post intervento circa 20/25 giorni)**





GESTIONE

URET

VALUTAZIONE DEL PRESIDIO IN USO

-GESTIONE E VALUTAZIONE DEL SITO PERISTOMALE

-CONTROLLO E GESTIONE DEGLI STENT URETERALI

-VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL PAZIENTE/CARE GIVER

-VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DI VITA NEL RIENTRO A DOMI

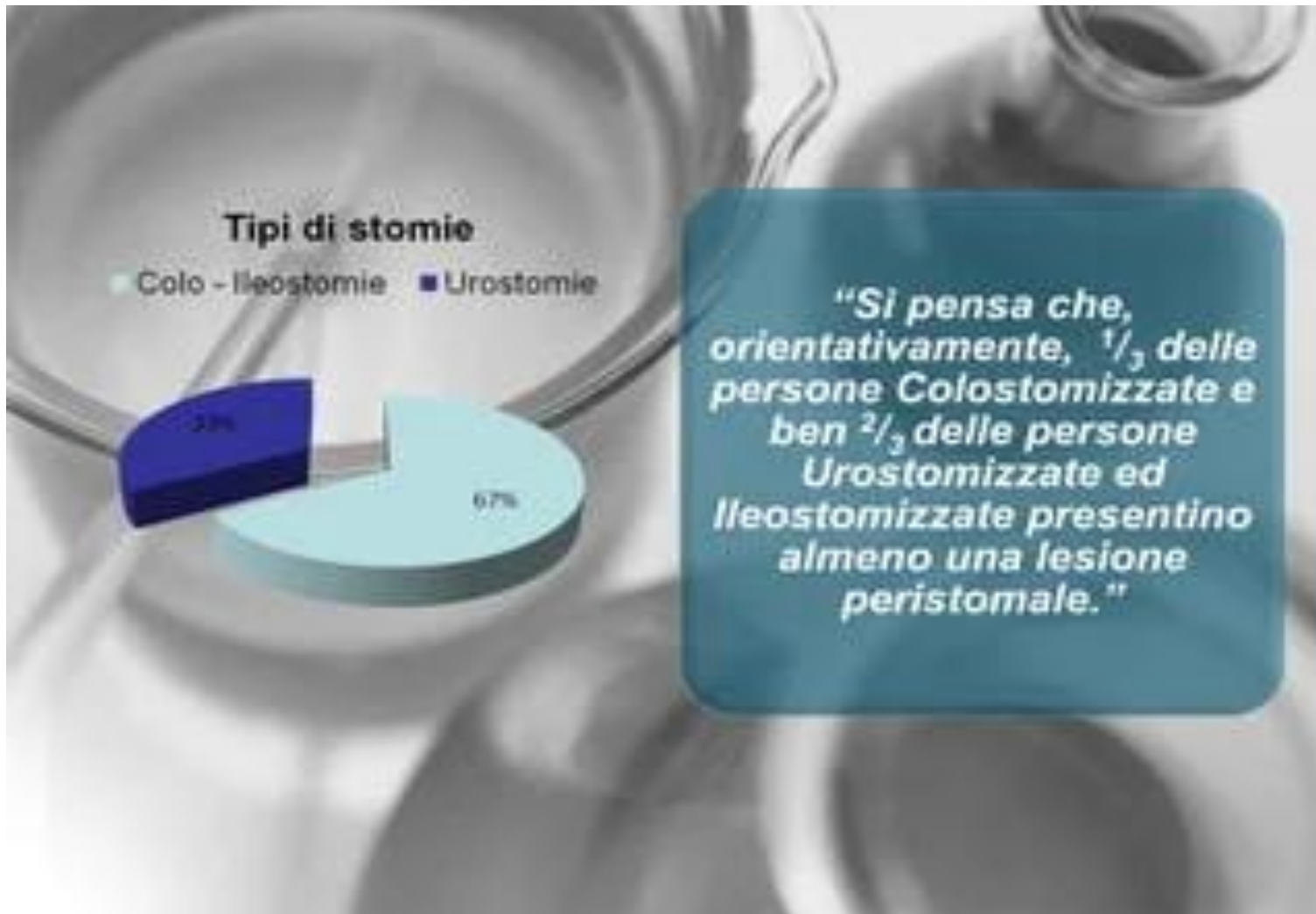




- Controllo della corretta posizione degli splint all'interno della sacca di raccolta**
- Valutazione del complesso stomale (mucosa, punti peristomali)**
- Verifica della pervietà degli splint**
- Valutazione della quantità e della densità del muco**
- Valutazione dei bisogni e dell'autonomia del paziente/caregiver**
- Concordare data appuntamento successivo**



COMPLICANZE





Distacco e deiscenza



Ernia parastomale



LA SCELTA DEL PRESIDIO





Grazie.....