



**Scheda di rilevazione e monitoraggio di stravasato di farmaci chemioterapici**  
(compilare in caso di stravasato e conservare nella Cartella Clinica )

**PRIMA PARTE:**

**Unità Operativa** \_\_\_\_\_  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Riferimento cartella (per U.O. e DH) \_\_\_\_\_

**1) Farmaco** \_\_\_\_\_

**2) Quantità farmaco travasato** \_\_\_\_\_

Rilevabile SI NO

**3) data stravasato** \_\_\_\_\_

**4) ora stravasato** \_\_\_\_\_

**4.1) Specificare:**

- Inizio somministrazione
- Metà somminisitazione
- Fine somministrazione

**5) Segni e sintomi osservati;**

- Rallentamento o interruzione del flusso venoso;
- Aumento della resistenza durante l'infusione;
- Gonfiore, rossore o eritema;
- Assenza del reflusso venoso;
- Sintomatologia riferita dal paziente

.....  
.....  
.....

• Altro.....

**6) Tipo di accesso venoso**

- Ago cannula;
- Angioseth;
- Butterfly;
- CVC;
- Porth-a-cath;
- PICC;
- Midline.

**7) Sito di stravasato** \_\_\_\_\_

Firma del compilatore \_\_\_\_\_

## SECONDA PARTE

### Gestione infermieristica dello stravaso

Azione infermieristica	Eseguita SI/NO	Se no, spiegarne la ragione	Data e ora	Firma
1. Interrompere l'infusione; aspirare più farmaco possibile.				
2. Avvisare il medico oncologo/ematologo.				
3. Delineare l'area con penna o pennarello indelebile.				
4. Applicare procedura standard per la gestione dello Stravaso.				
5. Applicare procedura per la gestione specifica di stravaso di chemioterapici.				
6. Alzare l'arto per favorire il deflusso venoso.				
7. Eseguire ogni altro trattamento prescritto.				
8. Fotografare l'area di stravaso.				
9. Programmare il follow up.				

Nelle visite di follow-up seguire il protocollo di somministrazione di antidoti e verificare l'eventuale necessità di prosecuzione di terapia.

### TERZA PARTE follow up stravaso farmaci antitrombotici

DURATA E FREQUENZA del follow-up:

FARMACI NECROTIZZANTI: tutti i giorni i primi 7 giorni, poi 3 volte alla settimana, la seconda e terza settimana, poi una volta alla settimana fino alla sesta (42ma giornata ) secondo schema indicato.

FARMACI IRRITANTI: a giorni alterni la prima settimana e poi il 14° giorno; i controlli successivi sono a discrezione infermieristica, secondo la sintomatologia del Paziente.

FARMACI NON IRRITANTI: a discrezione dell'Infermiere secondo la sintomatologia del Paziente.

<b>Settimana</b>	<b>1° settimana</b>							<b>2° settimana</b>		
<b>Giorno</b>	1	2	3	4	5	6	7	10	12	14
<b>Data</b>										
Dolore										
Colore cute										
Integrità cute										
Temperatura cute										
Edema										
Eritema										
Flebite										
Cellulite										
Ulcera										
Necrosi										
Mobilità										
Prosecuzione terapia antidotica (se necessaria)										
Temperatura Corporea										

Firma dell'Infermiere \_\_\_\_\_

Settimana	3°			4°	5°	6°
Giorno	16	18	21	28	35	42
Data						
Dolore						
Colore cute						
Integrità cute						
Temperatura cute						
Edema						
Eritema						
Flebite						
Cellulite						
Ulcera						
Necrosi						
Mobilità						
Prosecuzione terapia antidotica (se necessaria)						
Temperatura Corporea						

Firma dell'Infermiere \_\_\_\_\_

**NB1: La numerazione nella colonna “giorno” si riferisce alla giornata dopo lo stravasamento.**

**NB2: Compilare la tabella inserendo il punteggio secondo i criteri specificati nella successiva tabella:**

<b>Punteggio</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Colore cute</b>	Normale	Lievemente arrossata	Arrossata	Area bianca circoscritta da arrossamento	Scuro/nero
<b>Integrità cute</b>	Integra	Presenza di bolle o vesciche	Perdita di cute superficiale	Perdita di tessuto con esposizione di tessuto sottocutaneo	Perdita di tessuto con esposizione di ossa /muscolo con cratere necrotico
<b>Temperatura cute</b>	Normale		Leggermente calda		Calda
<b>Edema</b>	Assente		Locale		Diffuso
<b>Eritema</b>	Assente		Locale		Diffuso
<b>Flebite</b>	Assente				Presente
<b>Cellulite</b>	Assente		Locale		Diffuso
<b>Ulcera</b>	Assente				Presente
<b>Necrosi</b>	Assente				Presente
<b>Mobilità</b>	Conservata	Parzialmente limitata		Molto limitata	Immobilità
<b>Febbre: temperatura</b>	Normale		38°C		>38°C
<b>Dolore:</b> Utilizzo scala da 0 -10: 0 = assenza di dolore; 10 = massimo dolore					

#### **TERAPIA**

Antidolorifica

SI  NO

Medica Ambulatoriale

SI  NO

Domiciliare

SI  NO

**NB: fotocopiare la scheda e consegnare copia al Paziente.**