

Questionario infermiere per TUTTI i pazienti con diabete sottoposti a terapia iniettiva

Completare n°1 questionario per paziente

CODIFICA:

_____/_____/_____
*Prefisso telefonico nazionale Numero centro Numero paziente
(in sequenza da 1 a 25)*

1. Quale tipo di diabete ha il paziente?
 Tipo 1
 Tipo 2
 Diabete gestazionale

2. Insulina utilizzata dal paziente (spuntare tutte le risposte rilevanti):
 Insulina umana rapida (R o Regular)
 Insulina analogo rapido
 Insulina NPH
 Insulina analogo lento (Levemir [detemir] o Lantus [glargine])
 Insulina premiscelata umana o rapida

3. Dose totale giornaliera per ciascuna insulina utilizzata (inserire il totale delle unità di insulina iniettate in un giorno per ciascuna tipologia di insulina)
 Insulina umana rapida _____ (totale/giorno)
 Insulina analogo rapido _____ (totale/giorno)
 Insulina NPH _____ (totale/giorno)
 Insulina analogo lento _____ (totale/giorno)
 Insulina premiscelata umana o rapida _____ (totale/giorno)

4. Dose totale giornaliera (somma totale delle precedenti) _____ (totale/giorno)

5. Classifica i siti di iniezione utilizzati dal paziente da 1 a 4 (**dove 1 è il sito più utilizzato e 4 il sito utilizzato meno spesso**)
____ Addome
____ Coscia
____ Gluteo
____ Braccio

6. Dopo aver esaminato il paziente, dare una valutazione su come **appaiono visivamente** i siti di iniezione (spuntare a seconda dei casi):

	Normale	Presenza di lipoipertrofie	Presenza di lipoatrofie	Infiammato, arrossato o gonfio
Addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coscia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gluteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dopo la **palpazione**, dare una valutazione dei siti di iniezione e misura il diametro **in mm** delle eventuali anomalie:

	Normale	Presenza di lipoipertrofie Se si, specificarne la dimensione (mm)	Presenza di lipoatrofie Se si, specificarne la dimensione (mm)
Addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coscia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gluteo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Rivedendo le domande 6 e 7, hai trovato lipoipertrofie all'esame visivo e/o alla palpazione nei siti di iniezione del paziente?

- Sì
 No

9. Se il paziente ha delle lipoipertrofie, inietta in esse?

- Sì
 No

10. Se sì, con quale frequenza?

- Ad ogni iniezione
 Frequentemente (quotidianamente)
 Occasionalmente (una volta alla settimana)
 Raramente (una volta al mese)

11. Il paziente cambia il sito ad ogni iniezione?

- Sì
 No

12. Per favore, chiedi al paziente di mostrarti come solitamente ruota. Sulla base di questo, ritieni che il paziente pratichi la **corretta rotazione** dei siti di iniezione (iniettando sempre ad almeno 1cm di distanza dalla precedente iniezione)?

- Sì
 No

13. Chiedi al paziente di mostrarti in che modo effettua l'iniezione attraverso una simulazione di iniezione. Il paziente utilizza il pizzico ed inietta in esso?
- Sì
 - No
14. Se sì, come esegue il pizzico?
- Con 1 o 2 dita più il pollice
 - Con tutta la mano
15. Quando viene rilasciato il pizzico?
- Una volta che l'ago è nella pelle
 - Una volta che l'insulina è totalmente iniettata
 - Una volta che l'insulina è iniettata e l'ago rimosso dalla pelle
16. Qual è approssimativamente l'angolo di entrata dell'ago usato dal paziente per fare l'iniezione?
- 45°
 - 90°
17. Il paziente utilizza lo stesso ago più di una volta?
- Sì
 - No
18. Se sì, quante volte utilizza un singolo ago?
- 2 volte
 - Da 3 a 5 volte
 - Da 6 a 10 volte
 - Più di 10 volte
19. Verifica l'ago del paziente: lunghezza dell'ago, in mm _____, e il gauge _____ G.
20. Perché è stata scelta questa lunghezza dell'ago per il paziente? (spunta le risposte più appropriate)
- È stata richiesta dal paziente
 - È appropriata per il sito in cui inietta
 - È una pratica comune nel nostro centro
 - Migliora il comfort del paziente e diminuisce il dolore
 - Riduce il rischio di iniezioni intramuscolari
21. Qual'era il valore più recente di HbA1c del paziente? _____%

22. Dalla tua osservazione dei valori di glicemia del paziente, potresti definirlo come un paziente con “**frequenti e inspiegabili ipoglicemie**”?

- Sì
- No

Definire ‘ipoglicemia**’ il manifestarsi di 1 o più sintomi di ipoglicemia (e.g., palpitazioni, stanchezza, sudorazione, forte appetito, vertigini, tremore), poi confermata dalla misura glicemica con valori ≤ 60 mg/dL (3.3 mM/L).*

*Considerare ‘**Frequenti e inspiegabili ipoglicemie**’ come eventi ipoglicemici che si manifestano una o più volte alla settimana in assenza di un preciso evento scatenante, tipo cambiamenti nell’assunzione di farmaci, nell’alimentazione o nell’attività fisica.*

23. Dalla tua osservazione delle glicemie del paziente, potresti definirlo come un paziente che ha una “**variabilità glicemica**”***?

- Sì
- No

***Per ‘**Variabilità Glicemica**’ si intende la presenza di oscillazioni dei valori glicemici da meno di 60 mg/dL (3.3 mM/L) a più di 250 mg/dL (13.9 mM/L), almeno tre volte alla settimana, in modo imprevedibile ed inspiegabile, da almeno 6 mesi.*

Completare questa sezione solo 1 volta per educatore:

24. Indica la tua professione:

- Infermiera generica
- Infermiera di diabetologia
- Altro Educatore
- Medico di medicina generale
- Specialista diabetologo

25. Sai se esitano, sia a livello locale che internazionale, delle raccomandazioni sulla tecnica di iniezione per i pazienti diabetici?

- Sì
- No

Se sì, continua con le seguenti domande

26. Per favore, classifica il valore/importanza che queste raccomandazioni hanno nel tuo lavoro (1 = nessuna importanza; 5 = estremamente importanti)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Hai cambiato la tua pratica clinica dalla pubblicazione di queste raccomandazioni?

- Sì
- No

28. Se sì, quale ambito del tuo lavoro hai modificato? (segna tutte le risposte opportune)

- Cura psicologica dei pazienti in terapia iniettiva
- Educazione terapeutica sulla tecnica di iniezione
- Cura del sito di iniezione
- Conservazione e sospensione dell'insulina
- Tecnica di iniezione
- Uso corretto della penna
- Uso corretto della siringa
- Assorbimento dei diversi tipi di insulina
- Lunghezza dell'ago per bambini e adulti
- Tecnica del pizzico
- Lipodistrofie
- Rotazione dei siti di iniezione
- Sanguinamenti e lividi nel sito di iniezione
- Iniezione in gravidanza
- Aghi di sicurezza
- Smaltimento dei dispositivi iniettivi

Grazie per il tempo dedicato