PROCEDURE E RESPONSABILITÀ NELLO SCREENING UDITIVO NEONATALE PRESSO I PUNTI NASCITA DELLA REGIONE

Paola Bolzonello

Luisa Favaro

Elisa Fornito

(A.A.S. n.5 «Friuli occidentale» – sede di Pordenone)

ADEGUATO PROGRAMMA DI SCREENING

- Obiettivi

- Procedura

- Responsabile della procedura

- Indicatori di qualità

OBIETTIVI

1. ASSICURARE UNA MASSIMA COPERTURA, CON COMPLETAMENTO DI SCREENING E RE-SCREENING ENTRO LA DIMISSIONE O COMUNQUE ENTRO UN MESE

2. AUMENTARE SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ DEI TEST DI SCREENING

3. FORNIRE UN APPUNTAMENTO PER VALUTAZIONE AUDIOLOGICA ENTRO LA DIMISSIONE IN CASO DI REFER O IN CASO DI PASS CON FATTORI DI RISCHIO, INDICANDOLA, ASSIEME ALL'ESITO DELLO SCREENING, NELLA LETTERA DI DIMISSIONE

4. COMPILARE IL REGISTRO CARTACEO DELLO SCREENING

5. INDICARE NEL LIBRETTO PEDIATRICO L'ESITO DEL TEST

6. COMPILARE I REPORT MENSILI PER IL COORDINAMENTO REGIONALE

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROCEDURA

1. ASSICURARE UNA MASSIMA COPERTURA, CON COMPLETAMENTO DI SCREENING E RE-SCREENING ENTRO LA DIMISSIONE O COMUNQUE ENTRO UN MESE

e

LIMITARE I CASI PERSI (MISS) NON GIUSTIFICABILI

Come fare ?

- Eseguire otoemissioni acustiche in sede di ricovero (se non possibile anche in sede di controllo ambulatoriale, ma entro il 1. mese)
- Controllare accuratamente la lettera di dimissione dei bambini trasferiti (in entrata ed in uscita)

- Avere una lista giornaliera ?
- Registro cartaceo?
- E per i bambini trasferiti ?
- E se i genitori non firmano il consenso informato ?

MAMMA PRESENTE
O
MAMMA ASSENTE ?

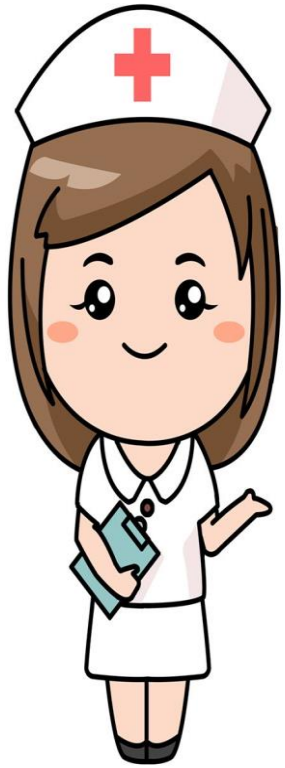
2. AUMENTARE SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ DEI TEST DI SCREENING

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROCEDURA

- Eseguire il test in ambiente tranquillo e silenzioso
- Eseguire il test mentre il bimbo dorme
- Verificare l'adeguatezza della strumentazione attraverso:
  - ➢ controllo quotidiano del dispositivo medicale
  - ➢ Corretto inserimento della sonda e applicazione degli elettrodi

OBIETTIVI SPECIFICI
DELLA PROCEDURA

3.FORNIRE UN APPUNTAMENTO PER VALUTAZIONE AUDIOLOGICA ENTRO LA DIMISSIONE IN CASO DI REFER O IN CASO DI PASS CON FATTORI DI RISCHIO, INDICANDOLA, ASSIEME ALL'ESITO DELLO SCREENING, NELLA LETTERA DI DIMISSIONE

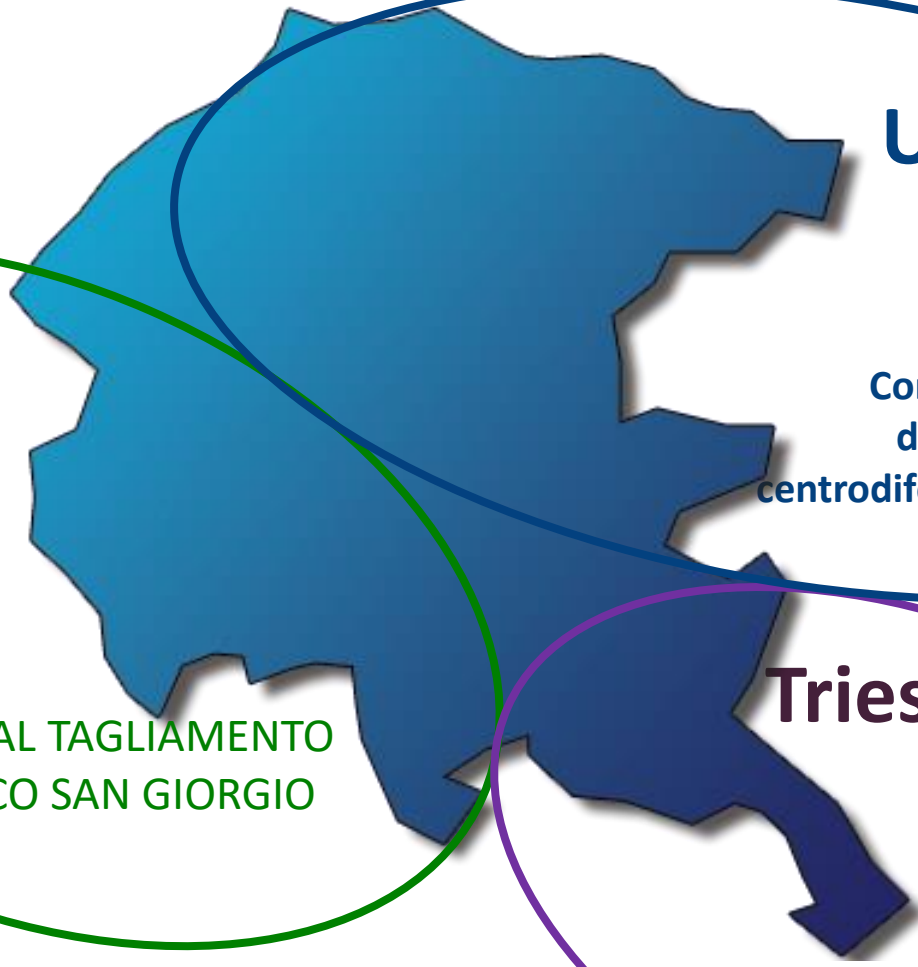


Ricordatevi le informazioni ai genitori

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste
BURLO

Informazioni alle famiglie: screening uditivo neonatale e sorveglianza audiologica

CONTATTI CON I CENTRI DI II° LIVELLO



Udine

- SAN DANIELE
- TOLMEZZO

0432 552661

Con orario: 8.00 - 13.00
dal lunedì al venerdì
centrodifonetica@aoud.sanita.fvg.it

Pordenone

- SAN VITO AL TAGLIAMENTO
- POLICLINICO SAN GIORGIO

0434 399325
(I.P. Menegatti Antonella)
paola.bolzonello@aas5.sanita.fvg.it

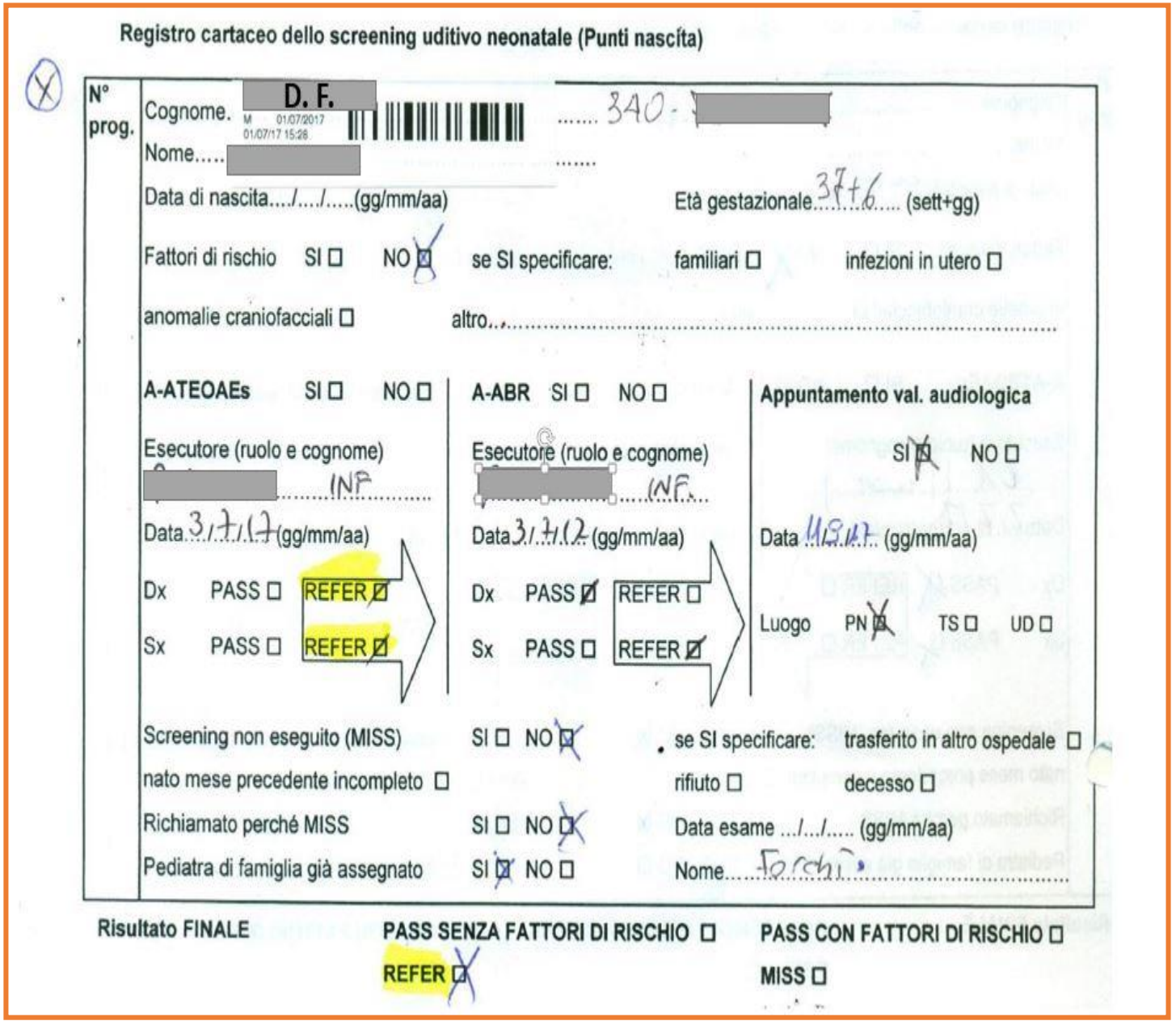
Trieste

- MONFALCONE
- PALMANOVA

040 3785256
Con orario: 12.00-13.00 dal lunedì al venerdì
screening.uditivo@burlo.trieste.it

4.COMPILARE IL REGISTRO CARTACEO DELLO SCREENING

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROCEDURA



Registro cartaceo dello screening uditivo neonatale (Punti nascita)

X

N° prog.

Cognome. D. F. M 01/07/2017 01/07/17 15:28 ..... 340-[redacted]

Nome..... [redacted] .....

Data di nascita..../..../.....(gg/mm/aa)

Età gestazionale 37+6 (sett+gg)

Fattori di rischio SI ☐ NO ☒ se SI specificare: familiari ☐ infezioni in utero ☐

anomalie craniofacciali ☐ altro.....

A-ATEOAEs SI ☐ NO ☐	A-ABR SI ☐ NO ☐	Appuntamento val. audiologica
Esecutore (ruolo e cognome) [redacted] INF	Esecutore (ruolo e cognome) [redacted] INF.	SI ☒ NO ☐
Data 3/7/17 (gg/mm/aa)	Data 3/7/17 (gg/mm/aa)	Data 11/8/17 (gg/mm/aa)
Dx PASS ☐ REFER ☒	Dx PASS ☒ REFER ☐	Luogo PN ☒ TS ☐ UD ☐
Sx PASS ☐ REFER ☒	Sx PASS ☐ REFER ☒	

Screening non eseguito (MISS) SI ☐ NO ☒ se SI specificare: trasferito in altro ospedale ☐

nato mese precedente incompleto ☐ rifiuto ☐ decesso ☐

Richiamato perché MISS SI ☐ NO ☒ Data esame .../.../..... (gg/mm/aa)

Pediatra di famiglia già assegnato SI ☒ NO ☐ Nome..... Forchì

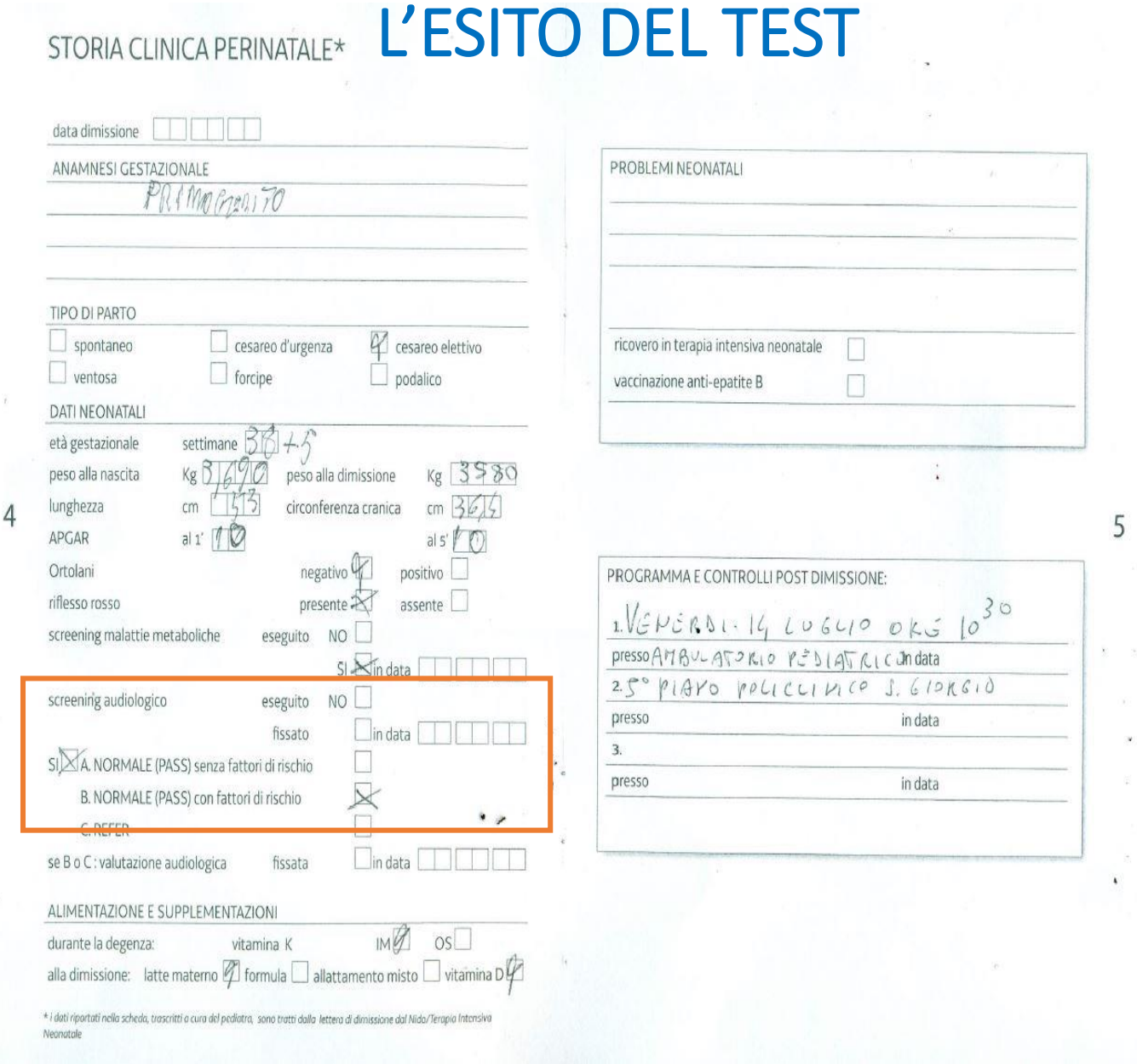
Risultato FINALE

PASS SENZA FATTORI DI RISCHIO ☐ PASS CON FATTORI DI RISCHIO ☐

REFER ☒ MISS ☐

5.INDICARE NEL LIBRETTO PEDIATRICO L'ESITO DEL TEST

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROCEDURA



STORIA CLINICA PERINATALE*

data dimissione

ANAMNESI GESTAZIONALE

PRIMOGENITO

TIPO DI PARTO

☐ spontaneo ☐ cesareo d'urgenza ☑ cesareo elettivo
☐ ventosa ☐ forcipe ☐ podalico

DATI NEONATALI

età gestazionale settimane 38 + 5
peso alla nascita Kg 3690 peso alla dimissione Kg 3580
lunghezza cm 53 circonferenza cranica cm 36,5
APGAR al 1' 10 al 5' 10
Ortolani negativo ☑ positivo ☐
riflesso rosso presente ☑ assente ☐
screening malattie metaboliche eseguito NO ☐
SI ☒ in data
screening audiologico eseguito NO ☐
fissato ☐ in data
SI ☒ A. NORMALE (PASS) senza fattori di rischio ☐
B. NORMALE (PASS) con fattori di rischio ☒
C. REFER ☐
se B o C: valutazione audiologica fissata ☐ in data

ALIMENTAZIONE E SUPPLEMENTAZIONI

durante la degenza: vitamina K IM ☑ OS ☐
alla dimissione: latte materno ☑ formula ☐ allattamento misto ☐ vitamina D ☑

* i dati riportati nella scheda, trascritti a cura del pediatra, sono tratti dalla lettera di dimissione dal Nido/Terapia Intensiva Neonatale

4

PROBLEMI NEONATALI

ricovero in terapia intensiva neonatale ☐
vaccinazione anti-epatite B ☐

5

PROGRAMMA E CONTROLLI POST DIMISSIONE:

1. VENERDI 14 LUGLIO 0KG 10 30
presso AMBULATORIO PEDIATRICO in data
2. 5° PIANO POLICLINICO S. GIORGIO
presso in data
3.
presso in data

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROCEDURA

6.COMPILARE I REPORT MENSILI PER IL COORDINAMENTO REGIONALE

7.11 Screening uditivo neonatale: report mensile dei punti nascita

SEDE	MESE	ANNO	RESPONSABILE
	SETIEMBRE	2016	

		numero
Screening	NATI	98
	TRASFERITI	2
	Nati mese precedente incompleti	9
	ESAMINATI screen A-TEOE prima della dimissione	90

	numero Senza Rischio	numero Con Rischio	%
PASS screen	86	3	
REFER screen	1		
MISS (deceduti, trasferiti, rifiuto)	1	1	

Re-screening	TRASFERITI
	Nati mese precedente incompleti: 2
	ESAMINATI Re-screen A-ABR Entro 1 mese: 90

	numero Senza Rischio	numero Con Rischio	%
PASS re-screen	3	2	
REFER re-screen	1	0	
MISS (deceduti, trasferiti, rifiuto)	0	0	

	Senza Rischio	Con Rischio	%
PASS totali	89	2	

*Note:

* Ricordare di inserire il nome, cognome, data di nascita e motivazione dei missing.

RESPONSABILITÀ

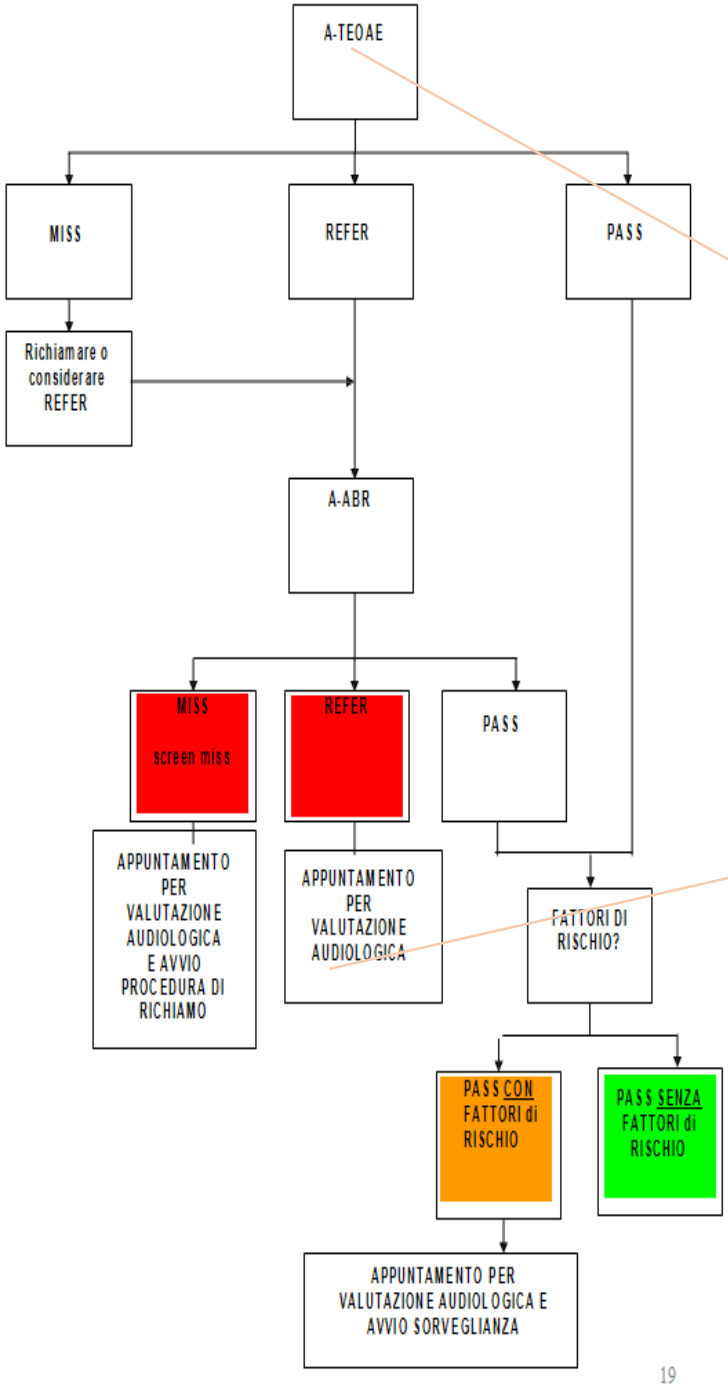
ESECUZIONE DEL TEST	*FIGURA DESIGNATA*	*COMPITI*
	ESECUTORE	• Aderenza alla procedura • Completamento della procedura • Corretta compilazione del registro cartaceo dello screening • Controllo delle condizioni del test • Quotidiani controlli dello strumento
	COORDINATORE LOCALE	• Monitoraggio degli indicatori di qualità • Verifica e provvedimenti in caso di indicatori di qualità non adeguati • Verifica dell'accuratezza di inserimento dei dati • Compilazione dei report mensili al coordinamento regionale • Accertamento del training degli esecutori • Verifica e provvedimenti in caso di mancata efficienza dello strumento (lo strumento di riserva deve essere sempre funzionante!) • Acquisto materiale

IL RESPONSABILE INFERMIERISTICO SI OCCUPERA' DEL CONTROLLO DELLA FUNZIONALITA' DELLA STRUMENTAZIONE E CALIBRAZIONE (CALIBRAZIONE 1 volta l'anno, lo strumento lo segnala)

GLI ORDINI DEI MATERIALI

Coord.Inf.

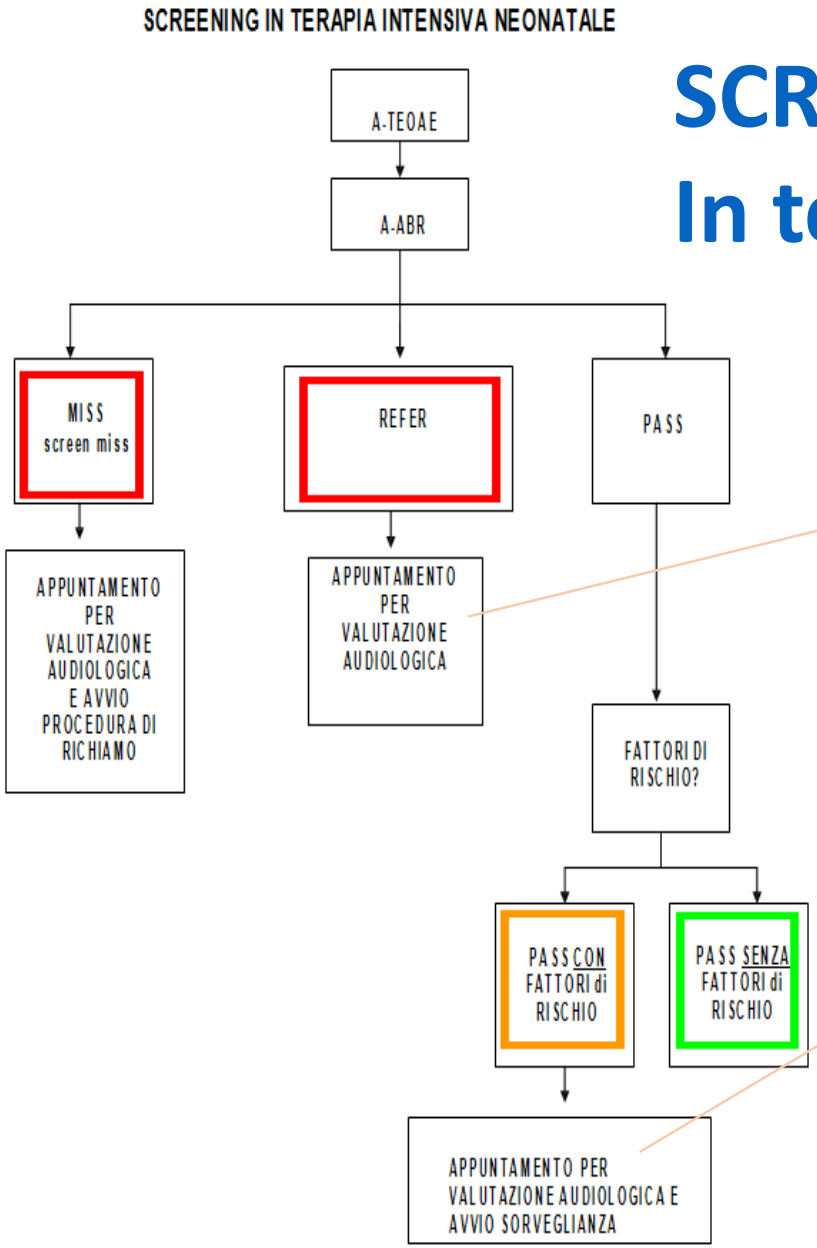
SCREENING AL NIDO



Dopo le prime 24 ore di vita
in ambiente tranquillo
(il test può essere ripetuto max 2 volte per lato a distanza di 5 ore
RE-SCREENING)

Da prenotare tempestivamente c/o il Centro di 2^ livello per l'esecuzione dei test diagnostici entro i 3 mesi e fare dosaggio CMV

SCREENING PER NEONATI
In terapia intensiva neonatale



Da prenotare tempestivamente c/o il Centro di 2^ livello per l'esecuzione dei test diagnostici entro i 3 mesi corretti

Se rischio fissare 1. appuntamento di sorveglianza dopo 3 mesi

- COPERTURA SCREENING: > 98% dei nati

  RE-SCREENING: > 99%

- MISS (screening e re-screening) non giustificabili: <1%

- REFER allo SCREENING e RE-SCREENING: ≤4%

INDICATORI DI QUALITÀ