

#nontiscordardime



UOC Diabetologia
Lotto 3, piano 5S
Tel. segreteria: +39 0577 586247



Azienda ospedaliero-universitaria Senese



UOC DIABETOLOGIA
Direttore: professor Francesco Dotta

Progetto grafico: Ufficio stampa, comunicazione e redazione web



CENTRO DIABETOLOGICO SPECIALIZZATO
PIEDE DIABETICO
SCHEDE PER IL PAZIENTE

Responsabile: dottoressa Cecilia Fondelli



Servizio
Sanitario
della
Toscana

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

Il piede diabetico

Il piede diabetico è una complicanza del diabete che interessa fino al 15% dei pazienti almeno una volta nel corso della vita. Quando compare, questa patologia può essere potenzialmente molto grave e può condurre fino ad amputazioni degli arti inferiori.

Lo screening per il piede diabetico è in grado di ridurre il rischio di amputazioni e per questo motivo presso la UOC di Diabetologia della AOU Senese è stato istituito il Centro diabetologico specializzato nella prevenzione e cura del piede diabetico, multidisciplinare e multi professionale..

Il Centro si compone di una sezione terapeutica che opera in regime ambulatoriale o di Day Hospital, dove viene eseguito, prevalentemente di mattina, il trattamento delle condizioni acute delle ulcere in atto, attraverso l'applicazione del Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del piede diabetico.

La sezione di screening per la rilevazione dei fattori di rischio, la prevenzione, l'educazione del paziente e/o del caregiver a rischio di lesioni e/o di recidive opera prevalentemente di pomeriggio, attraverso ambulatori dedicati.

Si accede alle prestazioni del Centro con l'impegnativa che può essere fatta dal diabetologo, da altri specialisti o dal medico di medicina generale, previo appuntamento telefonico: tel. della segreteria 0577/586247, tel. del CUP 0577/767676 o presentandosi di persona alla segreteria della UOC di Diabetologia (lotto 3, piano 5s).

2

CONCLUSIONI

medico _____

RISCHIO 0 1 2 3

PROSSIMO FOLLOW UP _____

Data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

	Sinistro	Destro
Lesione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____
Amputazione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

ESAME OBIETTIVO CUTE

Ipercheratosi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Ematomi subcheratosici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Alterazioni ungueali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Fissurazioni/Macerazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Arrossamenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

4

NO SX DX

SI SX DX Sede _____

ULCERA IN ATTO

CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE INFEZIONI CON DEFINIZIONI		Classificazione IWGDF/IDSA
Grado PEDIS	Gravità infezione	Manifestazioni cliniche
1	Non infetta	Assenza di segni o sintomi di infezione
2	Lieve infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 dei seguenti elementi presenti <ul style="list-style-type: none"> • Edema locale e indurimento • Eritema >0.5 cm perilesionale • Locale dolorabilità o dolore • Calore locale • Secrezione purulenta - L'infezione coinvolge solo la cute o tessuto sottocutaneo (senza il coinvolgimento dei tessuti più profondi e senza manifestazioni sistemiche come descritto di seguito) - Qualsiasi eritema presente si estende <2 cm intorno alla ferita - Non ci sono segni sistemici o sintomi di infezione
3	Moderata infezione	<ul style="list-style-type: none"> - L'infezione coinvolge strutture più profonde (es. osso, articolazioni, tendini, muscoli) oppure eritema che si estende >2 cm dal margine della lesione - Assenza di segni o sintomi sistemici di infezione
4	Severa infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Qualsiasi infezione del piede con la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), con ≥2 dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura >38° o <36° C° • Frequenza cardiaca >90 bpm • Ritmo respiratorio >20 respiri/minuto o PaCO2 < 4.3 kPa (32 mmHg) • Globuli bianchi >12.000 o <4.000/mm3 o >10% forme immature

LIVELLO DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI LESIONI AL PIEDE E AZIONI PREVENTIVE			
Categ.	Rischio	Problema	Frequenza controlli e azioni
0	Basso	Paziente diabetico con piede normoconformato. Assenza di neuropatia	Controllo annuale <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Educazione alla cura del piede • Calzatura adeguata alla forma del piede
1	Medio	Neuropatia con lievi deformità	Controllo ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Indicazione ortesi: calzature in prevenzione primaria, prive di cuciture interne e con calza adeguata. Valutare eventuale indicazione di suola semirigida • Rinforzo educativo
2	Alto	Neuropatia o arteriopatia. Importanti deformità ma senza pregressa ulcera-zione e/o amputazione	Controllo ogni 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo
3	Altissimo	Neuropatia o arteriopatia. Deformità e pregressa ulcera-zione o amputazione	Controllo ogni 1-3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo

32

ESAME OBIETTIVO MUSCOLO-SCHELETRICO		
	Sinistro	Destro
Deformità digitali	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Prominenze ossee	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Atrofia muscoli interossei	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
VALUTAZIONE DELLA FORZA		
Limitata mobilità articolare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
SCARPE		
Utilizzo di Calzature idonee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi Plantari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi digitali in silicone	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Utilizzo di tutore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

5

VASCULOPATIA PERIFERICA		
Polsi arteriosi distali		
	Sinistro	Destro
Tibiale posteriore	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
Pedidia	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
ABI valori di riferimento <ul style="list-style-type: none"> • > 1,3: non comprimibile • 0,9-1,3: normale • <0,9: patologico 	caviglia..... braccio.....	caviglia..... braccio.....

6

NEUROPATIA PERIFERICA

Soglia di sensibilità vibratoria		Monofilamento	
SX	DX	Piede SX	Piede DX
		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>
Alluce		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>

DNI (Diabetic Neuropathy Index) Test positivo >2			
	Punteggio per ogni lato	SX	DX
Ispezione del piede E' preso in esame: Deformità, Cute secca, Callosità, Infezione, Ulcera	Normale=0 Alterato=1 Se ulcera= +1		
Riflessi Achillei	Presente=0 Presente con rinforzo=0,5 Assente=1		
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente=0 Ridotta=0,5 Assente=1		
	Punteggio		

infermiere

VASCULOPATIA PERIFERICA		
Polsi arteriosi distali		
	Sinistro	Destro
Tibiale posteriore	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo
Pedidia	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
ABI <u>valori di riferimento</u> ● > 1,3: non comprimibile ● 0,9-1,3: normale ● <0,9: patologico	caviglia..... braccio.....	caviglia..... braccio.....

30

NEUROPATIA PERIFERICA

Soglia di sensibilità vibratoria		Monofilamento	
SX	DX	Piede SX	Piede DX
		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>

DNI (Diabetic Neuropathy Index) Test positivo >2			
	Punteggio per ogni lato	SX	DX
Ispezione del piede E' preso in esame: Deformità, Cute secca, Callosità, Infezione, Ulcera	Normale=0 Alterato=1 Se ulcera= +1		
Riflessi Achillei	Presente=0 Presente con rinforzo=0,5 Assente=1		
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente=0 Ridotta=0,5 Assente=1		
	Punteggio		

infermiere

LIVELLO DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI LESIONI AL PIEDE E AZIONI PREVENTIVE			
Categ.	Rischio	Problema	Frequenza controlli e azioni
0	Basso	Paziente diabetico con piede normoconformato. Assenza di neuropatia	Controllo annuale <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Educazione alla cura del piede • Calzatura adeguata alla forma del piede
1	Medio	Neuropatia con lievi deformità	Controllo ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Indicazione ortesi: calzature in prevenzione primaria, prove di cuciture interne e con calza adeguata. Valutare eventuale indicazione di suola semirigida • Rinforzo educativo
2	Alto	Neuropatia o arteriopatía. Importanti deformità ma senza pregressa ulcerazione e/o amputazione	Controllo ogni 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo
3	Altissimo	Neuropatia o arteriopatía. Deformità e pregressa ulcerazione o amputazione	Controllo ogni 1-3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo

8

ESAME OBIETTIVO MUSCOLO-SCHELETRICO		
	Sinistro	Destro
Deformità digitali	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Prominenze ossee	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Atrofia muscoli interossei	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
VALUTAZIONE DELLA FORZA		
Limitata mobilità articolare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
SCARPE		
Utilizzo di Calzature idonee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi Plantari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi digitali in silicone	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Utilizzo di tutore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

29

Data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

	Sinistro	Destro
Lesione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____
Amputazione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
ESAME OBIETTIVO CUTE		
Ipercheratosi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Ematomi subcheratosici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Alterazioni ungueali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Fissurazioni/Macerazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Arrossamenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

28

NO SX DX

SI SX DX Sede _____

ULCERA IN ATTO

CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE INFEZIONI CON DEFINIZIONI		Classificazione IWGDF/IDSA
Grado PEDIS	Gravità infezione	Manifestazioni cliniche
1	Non infetta	Assenza di segni o sintomi di infezione
2	Lieve infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 dei seguenti elementi presenti <ul style="list-style-type: none"> • Edema locale e indurimento • Eritema >0.5 cm perilesionale • Locale dolorabilità o dolore • Calore locale • Secrezione purulenta - L'infezione coinvolge solo la cute o tessuto sottocutaneo (senza il coinvolgimento dei tessuti più profondi e senza manifestazioni sistemiche come descritto di seguito) - Qualsiasi eritema presente si estende <2 cm intorno alla ferita - Non ci sono segni sistemici o sintomi di infezione
3	Moderata infezione	<ul style="list-style-type: none"> - L'infezione coinvolge strutture più profonde (es. osso, articolazioni, tendini, muscoli) oppure eritema che si estende >2 cm dal margine della lesione - Assenza di segni o sintomi sistemici di infezione
4	Severa infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Qualsiasi infezione del piede con la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), con ≥ 2 dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura >38° o <36° C° • Frequenza cardiaca >90 bpm • Ritmo respiratorio >20 respiri/minuto o PaCO2 < 4.3 kPa (32 mmHg) • Globuli bianchi >12.000 o <4.000/mm3 o >10% forme immature

Data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

	Sinistro	Destro
Lesione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____
Amputazione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
ESAME OBIETTIVO CUTE		
Ipercheratosi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Ematomi subcheratosici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Alterazioni ungueali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Fissurazioni/Macerazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Arrossamenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

12

NO SX DX

SI SX DX Sede _____

ULCERA IN ATTO

CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE INFEZIONI CON DEFINIZIONI		Classificazione IWGDF/IDSA
Grado PEDIS	Gravità infezione	Manifestazioni cliniche
1	Non infetta	Assenza di segni o sintomi di infezione
2	Lieve infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 dei seguenti elementi presenti <ul style="list-style-type: none"> • Edema locale e indurimento • Eritema >0.5 cm perilesionale • Locale dolorabilità o dolore • Calore locale • Secrezione purulenta - L'infezione coinvolge solo la cute o tessuto sottocutaneo (senza il coinvolgimento dei tessuti più profondi e senza manifestazioni sistemiche come descritto di seguito) - Qualsiasi eritema presente si estende <2 cm intorno alla ferita - Non ci sono segni sistemici o sintomi di infezione
3	Moderata infezione	<ul style="list-style-type: none"> - L'infezione coinvolge strutture più profonde (es. osso, articolazioni, tendini, muscoli) oppure eritema che si estende >2 cm dal margine della lesione - Assenza di segni o sintomi sistemici di infezione
4	Severa infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Qualsiasi infezione del piede con la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), con ≥ 2 dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura >38° o <36° C° • Frequenza cardiaca >90 bpm • Ritmo respiratorio >20 respiri/minuto o PaCO2 < 4.3 kPa (32 mmHg) • Globuli bianchi >12.000 o <4.000/mm3 o >10% forme immature

25

LIVELLO DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI LESIONI AL PIEDE E AZIONI PREVENTIVE			
Categ.	Rischio	Problema	Frequenza controlli e azioni
0	Basso	Paziente diabetico con piede normoconformato. Assenza di neuropatia	Controllo annuale <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Educazione alla cura del piede • Calzatura adeguata alla forma del piede
1	Medio	Neuropatia con lievi deformità	Controllo ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Indicazione ortesi: calzature in prevenzione primaria, prive di cuciture interne e con calza adeguata. Valutare eventuale indicazione di suola semirigida • Rinforzo educativo
2	Alto	Neuropatia o arteriopatia. Importanti deformità ma senza pregressa ulcerazione e/o amputazione	Controllo ogni 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo
3	Altissimo	Neuropatia o arteriopatia. Deformità e pregressa ulcerazione o amputazione	Controllo ogni 1-3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo

ESAME OBIETTIVO MUSCOLO-SCHELETRICO		
	Sinistro	Destro
Deformità digitali	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Prominenze ossee	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Atrofia muscoli interossei	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
VALUTAZIONE DELLA FORZA		
Limitata mobilità articolare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
SCARPE		
Utilizzo di Calzature idonee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi Plantari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi digitali in silicone	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Utilizzo di tutore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

VASCULOPATIA PERIFERICA		
Polsi arteriosi distali		
	Sinistro	Destro
Tibiale posteriore	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
Pedidia	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
ABI <u>valori di riferimento</u> • > 1,3: non comprimibile • 0,9-1,3: normale • <0,9: patologico	caviglia..... braccio.....	caviglia..... braccio.....

14

NEUROPATIA PERIFERICA

Soglia di sensibilità vibratoria		Monofilamento	
SX	DX	Piede SX	Piede DX
		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>
Alluce		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>

DNI (Diabetic Neuropathy Index) Test positivo >2			
	Punteggio per ogni lato	SX	DX
Ispezione del piede E' preso in esame: Deformità, Cute secca, Callosità, Infezione, Ulcera	Normale=0 Alterato=1 Se ulcera= +1		
Riflessi Achillei	Presente=0 Presente con rinforzo=0,5 Assente=1		
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente=0 Ridotta=0,5 Assente=1		
	Punteggio		

infermiere

VASCULOPATIA PERIFERICA		
Polsi arteriosi distali		
	Sinistro	Destro
Tibiale posteriore	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> assente
Pedidia	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ipo
ABI valori di riferimento • > 1,3: non comprimibile • 0,9-1,3: normale • <0,9: patologico	caviglia..... braccio.....	caviglia..... braccio.....

22

NEUROPATIA PERIFERICA

Soglia di sensibilità vibratoria		Monofilamento	
SX	DX	Piede SX	Piede DX
		Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Ridotto <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/>

DNI (Diabetic Neuropathy Index) Test positivo >2			
	Punteggio per ogni lato	SX	DX
Ispezione del piede E' preso in esame: Deformità, Cute secca, Callosità, Infezione, Ulcera	Normale=0 Alterato=1 Se ulcera= +1		
Riflessi Achillei	Presente=0 Presente con rinforzo=0,5 Assente=1		
Sensibilità vibratoria dell'alluce	Presente=0 Ridotta=0,5 Assente=1		
	Punteggio		

infermiere

LIVELLO DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI LESIONI AL PIEDE E AZIONI PREVENTIVE			
Categ.	Rischio	Problema	Frequenza controlli e azioni
0	Basso	Paziente diabetico con piede normoconformato. Assenza di neuropatia	Controllo annuale <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Educazione alla cura del piede • Calzatura adeguata alla forma del piede
1	Medio	Neuropatia con lievi deformità	Controllo ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Indicazione ortesi: calzature in prevenzione primaria, prive di cuciture interne e con calza adeguata. Valutare eventuale indicazione di suola semirigida • Rinforzo educativo
2	Alto	Neuropatia o arteriopatia. Importanti deformità ma senza pregressa ulcera- zione e/o amputazione	Controllo ogni 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo
3	Altissimo	Neuropatia o arteriopatia. Deformità e pregressa ulcerazione o amputazione	Controllo ogni 1-3 mesi <ul style="list-style-type: none"> • Ispezione piedi • Prescrizione ortesi (calzature/plantare) • Rinforzo educativo

ESAME OBIETTIVO MUSCOLO-SCHELETRICO		
	Sinistro	Destro
Deformità digitali	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Prominenze ossee	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Atrofia muscoli interossei	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
VALUTAZIONE DELLA FORZA		
Limitata mobilità articolare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
SCARPE		
Utilizzo di Calzature idonee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi Plantari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ortesi digitali in silicone	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Utilizzo di tutore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

Data ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

	Sinistro	Destro
Lesione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____ Durata _____
Amputazione pregressa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Anno _____ Sede _____
Osteoartropatia di Charcot	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
ESAME OBIETTIVO CUTE		
Ipercheratosi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Ematomi subcheratosici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Alterazioni ungueali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Fissurazioni/Macerazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____
Arrossamenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede _____

20

ULCERA IN ATTO

NO SX DX

SI SX DX Sede _____

CLASSIFICAZIONE CLINICA DELLE INFEZIONI CON DEFINIZIONI		Classificazione IWGDF/IDSA
Grado PEDIS	Gravità infezione	Manifestazioni cliniche
1	Non infetta	Assenza di segni o sintomi di infezione
2	Lieve infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 dei seguenti elementi presenti <ul style="list-style-type: none"> • Edema locale e indurimento • Eritema >0.5 cm perilesionale • Locale dolorabilità o dolore • Calore locale • Secrezione purulenta - L'infezione coinvolge solo la cute o tessuto sottocutaneo (senza il coinvolgimento dei tessuti più profondi e senza manifestazioni sistemiche come descritto di seguito) - Qualsiasi eritema presente si estende <2 cm intorno alla ferita - Non ci sono segni sistemici o sintomi di infezione
3	Moderata infezione	<ul style="list-style-type: none"> - L'infezione coinvolge strutture più profonde (es. osso, articolazioni, tendini, muscoli) oppure eritema che si estende >2 cm dal margine della lesione - Assenza di segni o sintomi sistemici di infezione
4	Severa infezione	<ul style="list-style-type: none"> - Qualsiasi infezione del piede con la sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), con ≥ 2 dei seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura >38° o <36° C° • Frequenza cardiaca >90 bpm • Ritmo respiratorio >20 respiri/minuto o PaCO2 < 4.3 kPa (32 mmHg) • Globuli bianchi >12.000 o <4.000/mm3 o >10% forme immature

17

EDUCAZIONE ALLA CURA DEL PIEDE DIABETICO

- paziente caregiver caregiver familiare ha ricevuto educazione alla cura dei piedi
- paziente caregiver caregiver familiare ha ricevuto il rinforzo educativo
- paziente caregiver caregiver familiare sa dimostrare la cura dei piedi

Firma _____

NOTE

18

CONCLUSIONI

medico _____

RISCHIO

0 1 2 3

PROSSIMO FOLLOW UP _____

19