



Ferita Chirurgica Deiscente



Ulcera da Decubito



Ulcera da Piede Diabetico



Ferita Traumatica



Ulcera Vascolare dell'Arto Inferiore



Ferita Acuta



Ferita Infettata*



Ferita Cronica

NOTA: questo form è destinato all'uso di Centri di Cura delle Ferite, Ambulatori Medici, Imprese di Assistenza Domiciliare, Poliambulatori, e personale infermieristico qualificato per assistere nella valutazione dei pazienti. Questo documento non è una prescrizione medica e non è la garanzia dell'approvazione di un prodotto o del suo rimborso. Vanno consultati il medico curante e le istruzioni d'uso ed etichetta del prodotto.

La gestione della ferita inizia qui

Rispondere **SI** o **NO** alle seguenti 3 domande:

1 **SI** **NO**

L'eziologia della ferita è una delle seguenti: ferita cronica, acuta, traumatica, subacuta e deiscente, ustione a spessore parziale, ulcera (come da insufficienza diabetica o vascolare, da decubito), innesti cutanei a spessore parziale o totale?

2 **SI** **NO**

Il letto della ferita è pulito, contiene meno del 20% di slough/ tessuto devitalizzato?

3 **SI** **NO**

La ferita è di almeno 2.25cm²?



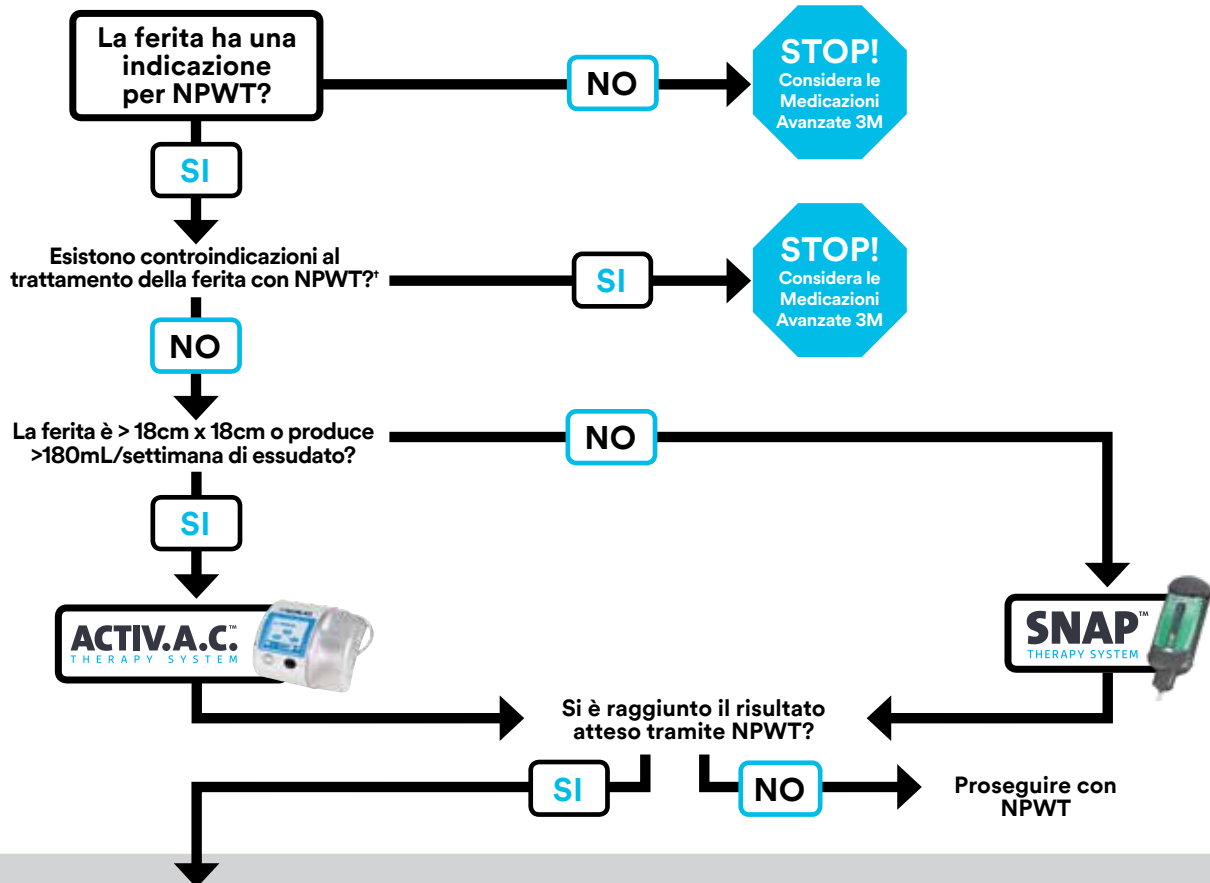
Se tutte e 3 le risposte sono SI, si veda il retro per determinare se il Sistema Terapeutico ACTIV.A.C.™ o il Sistema Terapeutico SNAP™ sono una opzione per trattare il tuo paziente

Se una qualsiasi delle risposte è NO, vedi il retro per informazioni sulle Medicazioni Avanzate 3M

Seleziona il più appropriato prodotto 3M

Considerazioni sulla ferita/cliniche (cure domiciliari)

| CRITERI | SISTEMA ACTIV.A.C.™ | SISTEMA SNAP™ |
|-------------------|---|--|
| Dimensione ferita | > 18cm x 18cm | ≤ 18cm x ≤ 18cm |
| Quantità essudato | > 180mL/Settimana | ≤ 180mL/settimana (3) x 60 cc cartucce/settimana |
| Inizio NPWT | Trattata precedentemente con Medicazioni Avanzate >30giorni | Trattamento di prima linea; Giorno 1* (no necessità di 30 giorni di trattamento con medicazioni avanzate, no profondità minima) *può variare a seconda del prescrittore |



Quando il tempo per la transizione da NPWT è giunto, considera le Medicazioni Avanzate 3M

Le medicazioni Avanzate 3M sono appropriate quando la NPWT non è disponibile o indicata e devono essere selezionate in base all'esigenza clinica

| | | | |
|---|--|--|---|
|  <p>Promuovere la granulazione</p> <p>PROMOGRAN PRISMA™ Matrice Modulante di Proteasi</p> |  <p>Gestione Carica Batterica</p> <p>Famiglia Medicazioni SILVERCEL™ INADINE™ (PVP-I) Medicazione non Aderente</p> |  <p>Gestione Essudato</p> <p>Famiglia Medicazioni KERRAMAX CARE™ Famiglia Medicazioni KERRAMAX COOL™ Medicazione in Fibra Gelificante KERRACEL™</p> |  <p>Manage Odour</p> <p>ACTISORB™ Dressing Family</p> |
|  <p>Minimizzare l'Adesione</p> <p>Medicazione Non Aderente in Silicene ADAPTIC TOUCH™ Medicazione Non Aderente ADAPTIC™</p> |  <p>Gestione Essudato e Prevenzione</p> <p>Medicazione in Schiuma di Silicene 3M™ Tegaderm™</p> |  <p>Protezione della Cute</p> <p>Soluzioni per la Cura della Cute 3M™ Cavilon™</p> |  <p>Compressione</p> <p>Sistema Compressivo a 2 Strati 3M™ COBAN™</p> |

Per maggiori informazioni contattare il proprio rappresentante

*Quando usato in concomitanza con una corretta pratica clinica; utilizzare l'appropriato sbrigliamento e/o terapia antibiotica ove necessaria. L'osteomielite non trattata è controindicata all'uso della Terapia V.A.C.®

†NOTA: esistono indicazioni specifiche, controindicazioni, avvisi, precauzioni ed informazioni di sicurezza per questi prodotti. Per favore consulta un clinico e le istruzioni per l'uso prima dell'applicazione.

Tutti i diritti riservati. 3M e gli altri marchi fabbrica sono di proprietà di 3M e/o marchi registrati. L'uso non autorizzato è vietato.
PRA-PM-IT-00047 (04/20)