



MODULO

Timbro Unità Operativa

ed. 00 rev. 01
26 novembre 2024

Cognome e Nome		Nato il	____/____/____		Intervento chirurgico		____/____/____		
					Data intervento				
Sede ferita		Drenaggi	SI	Sede	Anteriore	Posteriore	DX	Presente all'ingresso	SI
			NO		 DX	 SN	NO		

	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora
	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani
	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti
Kit	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso	<input type="checkbox"/> Monouso
	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*
Condizione lesione principale	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa	<input type="checkbox"/> Detersa
	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato	<input type="checkbox"/> Essudato
	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta	<input type="checkbox"/> Infetta
	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina	<input type="checkbox"/> Fibrina
Bordi lesione principale	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi	<input type="checkbox"/> Necrosi
	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari	<input type="checkbox"/> Lineari
	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati	<input type="checkbox"/> Macerati
	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici	<input type="checkbox"/> Necrotici
Cute perilesionale	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti	<input type="checkbox"/> Infetti
	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati	<input type="checkbox"/> Frastagliati
	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Integra
	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata	<input type="checkbox"/> Arrossata
Disinfettante e altre sostanze	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata	<input type="checkbox"/> Macerata
	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone	<input type="checkbox"/> Iodopovidone
	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche
	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica
	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Antibiotico
	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano
Medicazione	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti
	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+
	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto
	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile
	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo	<input type="checkbox"/> Zaffo
	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+	<input type="checkbox"/> Altro+
	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani
Firma							



MODULO

Timbro Unità Operativa

ed. 00 rev. 01
26 novembre 2024

	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Note							
Firma							

+ specificare nel campo note

