

REGISTRAZIONE DELLE MEDICAZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE

M_R-S-19_01

MODULO

Timbro Unità Operativa

ed. 00 rev. 01
26 novembre 2024

Cognome e Nome		Nato il		Intervento chirurgico					
				Data intervento					
Sede ferita		Drenaggi	SI NO	Sede	Anteriore	Posteriore	DX SN	Presente all'ingresso	SI NO
Data		Data		Data		Data		Data	
Ora	Ora	Ora	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"/> 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	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti	<input type="checkbox"/> Indossati guanti
Kit	<input type="checkbox"/> Monouso								
	<input type="checkbox"/> Pluriuso sterili*								
Condizione lesione principale	<input type="checkbox"/> Detersa								
	<input type="checkbox"/> Essudato								
	<input type="checkbox"/> Infetta								
	<input type="checkbox"/> Fibrina								
	<input type="checkbox"/> Necrosi								
Bordi lesione principale	<input type="checkbox"/> Lineari								
	<input type="checkbox"/> Macerati								
	<input type="checkbox"/> Necrotici								
	<input type="checkbox"/> Infetti								
	<input type="checkbox"/> Frastagliati								
Cute perilesionale	<input type="checkbox"/> Integra								
	<input type="checkbox"/> Arrossata								
	<input type="checkbox"/> Macerata								
Disinfettante e altre sostanze	<input type="checkbox"/> Iodopovidone								
	<input type="checkbox"/> Pomata enzimatiche								
	<input type="checkbox"/> Sol. fisiologica								
	<input type="checkbox"/> Antibiotico								
	<input type="checkbox"/> Spugna in poliuretano								
	<input type="checkbox"/> Garze cicatrizzanti								
	<input type="checkbox"/> Altro ⁺								
Medicazione	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile a piatto								
	<input type="checkbox"/> Medicazione sterile, trasparente, semipermeabile								
	<input type="checkbox"/> Zaffo								
	<input type="checkbox"/> Altro ⁺								
	<input type="checkbox"/> Igiene delle mani								
Firma									



REGISTRAZIONE DELLE MEDICAZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE

M_R-S-19_01

MODULO

Timbro Unità Operativa

ed. 00 rev. 01
26 novembre 2024

	Data						
Note							
Firma							

⁺ specificare nel campo note

