



SANIFICAZIONE UNITA' POSTO LETTO *

REPARTO _____ UNITA' POSTO LETTO * N° _____

PARTE 1: DA COMPILEARE A CURA DELL' OPERATORE CHE ESEGUE LA SANIFICAZIONE DEL POSTO LETTO VUOTO

DATA _____ ORA _____

DETERSIONE CON _____

DISINFEZIONE CON _____

Dipendente Operatore Ditta

Firma **leggibile** Operatore che esegue la sanificazione

PARTE 2: DOPO ASSEGNAZIONE UNITA' POSTO LETTO

DA COMPILEARE A CURA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

UNITA' POSTO LETTO N° _____ STANZA N° _____

INIZ. NOME PAZIENTE _____ INIZ. COGNOME PAZIENTE _____ D. N. ____ / ____ / ____

RICOVERATO IN DATA _____ ALLE ORE _____

DATA

Firma **leggibile** CPSI

*per UNITA' POSTO LETTO DEL PAZIENTE: LETTO, COMODINO, ASTA FLEBO, SEDIA, ARMADIO

