

SCHEDA REGISTRAZIONE SANIFICAZIONE UNITÀ POSTO LETTO DEL PAZIENTE - APPARECCHIATURE E ARREDI DELLE UU.OO. AREA CRITICA E SEMICRITICA

ALLEGATO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ data ricovero paziente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ora ricovero \_\_\_\_\_

UO sanificazione posto letto vuoto precedentemente effettuata in data _____ / _____ / _____ ORA _____									
Sanificazione letto	Data e ora di Sanificazione		Data e ora di Sanificazione		Data e ora di Sanificazione		Data e ora di Sanificazione		
	Giornaliera	Letto vuoto <input type="checkbox"/>	Letto occupato <input type="checkbox"/>	Letto vuoto <input type="checkbox"/>	Letto occupato <input type="checkbox"/>	Letto vuoto <input type="checkbox"/>	Letto occupato <input type="checkbox"/>	Letto vuoto <input type="checkbox"/>	Letto occupato <input type="checkbox"/>
		Openspace n. _____	Box n. _____	Openspace n. _____	Box n. _____	Openspace n. _____	Box n. _____	Openspace n. _____	Box n. _____
Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____	Numero Seriale _____		
Protezione individuale	Igiene mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	
		<input type="checkbox"/> Frizione con gel idroalcolico	<input type="checkbox"/> Frizione con gel idroalcolico						
	Utilizzo DPI	<input type="checkbox"/> Guanti	<input type="checkbox"/> Guanti						
		<input type="checkbox"/> Mascherina	<input type="checkbox"/> Mascherina						
Sanificazione Unità Posto Letto	Detergente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Disinfezione (prodotto utilizzato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Area di intervento	Materasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Testata Letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Postazione monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Colonna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Carrello servitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Pompe di infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Ventilatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Fine procedura mani	Igiene mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	<input type="checkbox"/> Lavaggio mani	
		<input type="checkbox"/> Frizione con gel idroalcolico	<input type="checkbox"/> Frizione con gel idroalcolico						
	Smaltimento DPI	<input type="checkbox"/> Guanti	<input type="checkbox"/> Guanti						
		<input type="checkbox"/> Mascherina	<input type="checkbox"/> Mascherina						
		<input type="checkbox"/> Camice monouso	<input type="checkbox"/> Camice monouso						
FIRMA DELL'OPERATORE	Cognome _____								
	Nome _____								
	Qualifica <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Operatore Ditta								
	Firma _____								
FIRMA COORD. o infermiere in servizio									

