

## VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE MODALITÀ DI ISOLAMENTO

UO \_\_\_\_\_

### DATI PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ STANZA/LETTO N. \_\_\_\_\_ INGRESSO IN U.O. IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SCREENING MICROBIOLOGICO\* sè **SI** indicare la data di esecuzione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **NO**

POSITIVITÀ PER \_\_\_\_\_ CAMPIONE N. \_\_\_\_\_ Data ingresso in Lab. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ISOLAMENTO NECESSARIO **SI**  **NO**

ISOLAMENTO ATTIVATO **SI**  **NO**  IN DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	data	data	data	data	data	data	data
<b>RILEVAZIONE QUOTIDIANA</b>							
Presenza di guanti, gel idroalcolico e altri DPI all'ingresso della stanza d'isolamento (o spazio assegnato all'isolamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di detergente o soluzione alcolica per l'igiene delle mani	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rispetto della presenza di fogli illustrativi della procedura aziendale sull'igiene delle mani	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attuazione delle precauzioni standard	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attuazione delle precauzioni da contatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilizzo di presidi personalizzati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Effettuazione lavaggio e disinfezione (come da procedura Aziendale in atto) dei presidi riutilizzabili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Effettuazione pulizia e sanificazione ambientale supplementare dopo ogni manovra a rischio di contaminazione ambientale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>FIRMA</b>							

**NEGATIVIZZAZIONE ESAME COLTURALE** (uno o più campioni negativi, laddove previsto nelle misure di controllo di cui al punto 7.4 della PGS - DVE - 7.04)

1° CAMPIONE NEGATIVO n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

2° CAMPIONE NEGATIVO n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

3° CAMPIONE NEGATIVO n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

SOSPENSIONE PRECAUZIONI DROPLETS \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SOSPENSIONE PRECAUZIONI DA CONTATTO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

INTERRUZIONE ISOLAMENTO **SI**  **NO**  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Coordinatore \_\_\_\_\_

\* Per i pazienti ricoverati in TI e per quelli candidati ad intervento chirurgico con assistenza internistica post-operatoria.

