

Nome e Cognome del paziente _____ data di nascita ____/____/____ data ricovero paziente ____/____/____ ora ricovero ____

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

