

MONITORAGGIO DEI CASI CONFERMATI IN EPIDEMIA DI SCABBIA

PO G. RODOLICO

PO SAN MARCO

UO _____

DATA AUDIT ____/____/____ ORARIO INIZIO AUDIT _____

COGNOME/NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

SESSO M F

DATA INGRESSO IN REPARTO ____/____/____ STANZA/LETTO ____/____

DATA RICOVERO ____/____/____ PROVENIENTE DA _____

DATA INIZIO SINTOMI _____ DATA RICHIESTA CONSULENZA DERMATOLOGICA _____

DATA DIAGNOSI DI SCABBIA _____

PERSONALE COINVOLTO NELLA VERIFICA: MEDICO COORDINATORE INFERMIERE

LA PROCEDURA È DISPONIBILE IN U.O. SI NO

È NOTA AL PERSONALE DELL' UO SI NO

PRECAUZIONI STANDARD E AGGIUNTIVE BASATE SULLA TRASMISSIONE DA CONTATTO

• IGIENE DELLE MANI SI NO

• ISOLAMENTO DEL PAZIENTE

FISICO (STANZA SINGOLA) DAL _____ AL _____

ISOLAMENTO FUNZIONALE DAL _____ AL _____

COHORTING DAL _____ AL _____

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

CAMICI MONOUSO COPRICAMICE SI NO

GUANTI NON STERILI SI NO

COPRICAPO SI NO

SOPRASCARPE SI NO



ALTREINFORMAZIONI

- Il raccoglitore per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo è stato collocato all'interno dell'area di isolamento? (lontano dal carrello con DPI) **SI** **NO**
- Il personale è dedicato **SI** **NO**
- Il paziente, il caregiver, i parenti sono stati informati su come adottare le precauzioni standard e aggiuntive **SI** **NO**
- Il personale sanitario (tecnici, consulenti, fisioterapisti ecc) è stato informato su come adottare le precauzioni standard e aggiuntive **SI** **NO**
- È eseguita la sanificazione (disinfezione continua) della stanza, del letto, del bagno **SI** **NO**
- È stata effettuata indagine epidemiologica (acquisire copia della scheda) **SI** **NO**
- È stata compilata la scheda "Valutazione dell'applicazione delle modalità di isolamento" **SI** **NO**

NOTE

IL PAZIENTE E' STATO TRASFERITO **SI** **STESSO PRESIDIO** **ALTRO PRESIDIO** **NO**

UO _____ DATA ____/____/____

- La documentazione clinica che contiene anche i dati sulla parassitosi è stata trasferita con il paziente **SI** **NO**
- Si è provveduto alla disinfezione terminale del locale dove ha stazionato il paziente **SI** **NO**

IL PAZIENTE E' STATO DIMESSO **SI** **NO** DATA ____/____/____

Alla dimissione, si è provveduto, alla sostituzione del materasso dell'unità letto del paziente **SI** **NO**

IL PAZIENTE E' DECEDUTO **SI** **NO** DATA ____/____/____

FIRME PERSONALE COINVOLTO NELLA VERIFICA

RILEVATORE DMPO _____

- MEDICO _____
- COORDINATORE _____
- INFERMIERE _____

ORARIO CONCLUSIONE AUDIT _____

