



**ALLEGATO 1. Scheda di autovalutazione dell'applicazione delle misure di controllo per *Clostridioides difficile* (a cura del Coordinatore Infermieristico)**

OGGETTO VERIFICA	SI	NO	NOTE
È stato inviato il campione feci per la ricerca della tossina in tempi brevi?			
La stanza di degenza è stata allestita correttamente?			
È presente la cartellonistica specifica dell'isolamento da contatto?			
Sono disponibili e visibili i DPI da utilizzare nella stanza di degenza?			
I rifiuti vengono smistati e smaltiti correttamente?			
È stata fornita la brochure informativa al paziente e ai visitatori?			
Nella cartella integrata è indicato l'inizio dell'isolamento da contatto del paziente?			
Nella cartella integrata è indicata la fine dell'isolamento da contatto del paziente?			
Il personale addetto alle pulizie ambientale è stato informato di applicare il protocollo specifico dell'isolamento da contatto?			
I protocollo per l'igiene ambientale viene applicato secondo i tempi e i modi concordati, utilizzando i prodotti indicati nel protocollo aziendale?			

Data

.....

Firma Coordinatore U.O

.....