

**ALLEGATO 2. Scheda di verifica della corretta applicazione delle misure di controllo per *Clostridioides difficile* (a cura del GO-CICA)**

DATA:	SCHEDA N°
UNITÀ OPERATIVA:	
PAZIENTE :	LETTO N°
DATA DI NASCITA:	DATA DI RICOVERO:
DIAGNOSI DI INGRESSO:	CARTELLA N°

COMUNICAZIONE DA:

Sistema Mercurio Laboratorio Microbiologia Altro.....

PROVENIENZA:

Domicilio Trasferimento da U.O Altro....

PERCORSI INTRA OSPEDALIERI NEI 60 GG PRECEDENTI AL RICOVERO:

.....

OGGETTO VERIFICA		SI	NO	NOTE
Il paziente è in isolamento?				
Al paziente deambulante è stato dedicato un bagno per uso esclusivamente personale? se no specificare nelle note cosa utilizza				
La stanza di isolamento è segnalata con l'apposita segnaletica?				
Gli operatori sanitari applicano le precauzioni da contatto:				
	Igiene delle mani con acqua e sapone			
	Uso dei guanti			
	Uso del sovra camice monouso			
Sono stati messi a disposizione nella stanza del paziente :				
	Padella o pappagallo			
	Termometro			
	Sfigmomanometro elettronico			
	Laccio emostatico, kit prelievi			
	Contenitore rifiuti sanitari a rischio infettivo			
	Contenitore taglienti			
	Sacco per la raccolta della biancheria			
I pazienti e i visitatori sono stati informati sulle precauzioni da contatto da osservare?				
Il personale addetto alle pulizie ambientale è stato informato di applicare il protocollo specifico dell'isolamento da contatto?				
Nella cartella integrata è indicato l'inizio dell'isolamento da contatto del paziente?				

Data

.....

Firma Medico/Coordinatore U.O

.....

Firma Rilevatore

.....

.....