

 AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA	PULIZIA E DISINFEZIONE DELL'AMBIENTE E ATTREZZATURE	All. 1	
		Data: 30/05/2022 Rev. 0	Pag. 1 di 1

Check-list Pulizie Unità Malato

Edificio e piano _____ Ospite _____

DATA	Sanificazione mattina*		Sanificazione pomeriggio*	
	Firma operatori pulizia	Firma operatori reparto	Firma operatori pulizia	Firma operatori reparto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

*Attestazione sanificazione delle seguenti superfici ad alto rischio di pertinenza del paziente:
 Ripiani comodini/tavolini; Superfici letto (sponde laterali di protezione, testiera, pediera);Sedie e poltrona; Aste porta flebo
 Campanello di chiamata, telecomandi, pulsantiere;Testate letto; ArmadiettoManiglie della porta di camera; Pavimento e muri laterali al letto
 del paziente; Bagno dedicato al paziente; Elettromedicali in uso al paziente (pulizia A CURA DEGLI OPERATORI DI REPARTO)
 Pompe, monitor, ogni altro apparecchio elettromedicale. IN CASO DI ASSENZA DI APPARECCHIATURE, IL PERSONALE OSS
 SEGNALERA' NELLACASELLA "ASSENZA DI APPARECCHIATURE

NB. Consegnare ogni fine mese al coordinatore infermieristico