

CHECK LIST VERIFICA ADESIONE PROTOCOLLO PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LdP

CRITERI	n° conformità	n° non conformità	non osservato	metodo	note
Presenza accessibile del protocollo				I/O	
Presenza di ausili di prevenzione				I/O	
Compilazione scheda di Braden per soggetti a rischio				O	
Compilazione scheda di posizionamento paziente se a rischio				O	
Compilazione scheda del dolore				O	
Disponibilità medicazioni tradizionali ed avanzate				I/O	
Presenza di materasso antidecubito se paziente a rischio				I/O	
Compilazione scheda monitoraggio LdP se presente LdP				O	
	<i>Tot:</i>	<i>Tot:</i>	<i>Tot:</i>	<i>% adesione</i>	

Legenda: **O** (verifica con osservazione diretta), **I** (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

SOC.....

Data: _____

Firma Rilevatore: _____

Firma CPSE: _____