

**Allegato 2**

**CHECKLIST PREPARAZIONE STANZA DI DEGENZA LATEX - SAFE**

**BRACCIALETTO PAZIENTE**

**n. ....**

**U.O. / SERVIZIO:** .....

<b>Azioni Eseguite</b>			Note
Camera singola con bagno dedicato	Si	No	
Rimozione degli arredi / attrezzature non necessari	Si	No	
Sanificazione camera e servizio igienico (pareti, arredi, attrezzature)	Si	No	
Avviso alla Dietista e al Servizio Cucina di dieta specifica	Si	No	
Copertura con teleria di cotone o in TNT arredi/attrezzature non rimovibili	Si	No	
Allestimento carrello con presidi, D.M., DPI latex-free (previa sanificazione del carrello)	Si	No	
Affissione cartello di segnalazione paziente allergico al lattice sulla porta della camera	Si	No	
Segnalazione allergia sulla documentazione clinica del paziente (cartella clinica, SUT, richieste esami e/o indagini diagnostiche)	Si	No	

❖ .....  
.....  
.....  
.....

Data ..... .....

Firma Infermiere .....