

CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DELLA CCE-MEDICA

Ospedale _____ **UOC** _____

DAL ____/____/____

Indicare il periodo temporale preso in esame

AL ____/____/____

		SI No	NO No	SI %	NO %
1	La LDO è stata firmata e inviata?				

ESAME OBIETTIVO

2	L'Esame Obiettivo è stato compilato?				
3	L'EO è stato compilato all'ingresso del paziente?				
4	Il paziente è stato rivalutato in caso di trasferimento?				
5	Il paziente è stato rivalutato in caso di cambiamento del quadro clinico, come il post intervento chirurgico o procedura invasiva?				

FOGLIO ELETTRONICO DI TERAPIA (FET)

6	La terapia è stata prescritta in formato digitale?				
---	--	--	--	--	--

ANAMNESI

7	L'Anamnesi è stata redatta?				
8	L'Anamnesi è stata redatta all'ingresso del paziente in reparto?				

DATA ____/____/____

FIRMA
