

CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DELLA CCE-INFERMIERISTICA

Ospedale _____ **UOC** _____

DAL ____/____/____ **Indicare il periodo temporale preso in esame**

AL ____/____/____

		SI No	NO No	SI %	NO %
1	Il campo relativo ad allergie riferite e/o riscontrate all'Esame Obiettivo è sempre compilato?				
2	La Lettera di Dimissione Infermieristica (LDI) è stata redatta?				

ESAME OBIETTIVO INFERMIERISTICO (EoInf)

3	L'Esame Obiettivo Infermieristico (EoInf) è stato compilato in ogni suo Item?				
4	L'EoInf è stato compilato all'ingresso del paziente?				
5	Il paziente è stato rivalutato in caso di trasferimento?				
6	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)

7	Sono presenti incongruità temporali tra prescrizione e somministrazione nel FET?				
---	--	--	--	--	--

VALUTAZIONE DEL DOLORE

8	La valutazione del dolore viene compilata per tutti i Pazienti?				
9	La Valutazione è stata fatta entro le 24h dall'ingresso in reparto del paziente? (vedere data e ora)				
10	Il paziente è stato rivalutato in caso di cambiamento del quadro clinico, come il post intervento chirurgico o procedura invasiva?				

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE

		SI No	NO No	SI %	NO %
11	La valutazione della prevenzione cadute viene compilata per tutti i Pazienti?				
12	Sono state verificate tutte le azioni previste per i pazienti a rischio caduta?				
13	La Valutazione è stata fatta entro le 24h dall'ingresso in reparto del paziente? (vedere data e ora)				
14	Il paziente è stato rivalutato in caso di trasferimento?				
15	Il paziente è stato rivalutato in caso di cambiamento del quadro clinico, come il post intervento chirurgico o procedura invasiva?				

VALUTAZIONE DEL RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE (BRADEN)

16	La valutazione del rischio lesioni da pressione mediante la Scala di Braden, viene compilata per tutti i Pazienti?				
17	La Valutazione è stata fatta entro le 24h dall'ingresso in reparto del paziente? (vedere data e ora)				
18	Il paziente è stato rivalutato in caso di trasferimento?				
19	Il paziente è stato rivalutato in caso di cambiamento del quadro clinico, come il post intervento chirurgico o procedura invasiva?				

CHECK LIST PREOPERATORIA

20	La Check List Preoperatoria è stata redatta prima dell'intervento? (per le attività chirurgiche)				
-----------	--	--	--	--	--

DATA ____/____/____

FIRMA
