SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE - Rischio di infezione

Fattori correlati		Obiettivi		Interventi		Data……			Data……			Data……			Data……			Data……		
						M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
						Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma	Firma
☐	Diminuzione delle difese dell'ospite secondaria a patologia	☐	La persona non svilupperà infezioni durante la degenza	☐																
☐	Possibile invasione di microrganismi secondaria a intervento chirurgico	☐		☐																
☐	Possibile invasione di microrganismi secondaria a linee invasive	☐		☐																
☐	Compromissione delle difese dell'ospite secondaria a terapia farmacologica	☐		☐																
☐	Compromissione delle difese dell'ospite secondaria a immobilità, stress o malnutrizione	☐		☐																
☐	Maggior vulnerabilità secondaria a condizione debilitante	☐		☐																
☐		☐		☐																
☐		☐		☐																
☐		☐		☐																
☐		☐		☐																

Indicatori																	
Segni e sintomi di infezione delle vie urinarie : ☐SI ☐NO - Se SI specificare quali																	
Segni e sintomi di infezione del sito di inserzione del device vascolare : ☐ SI ☐ NO - Se SI specificare quali																	
Segni e sintomi di infezione superficiale della ferita chirurgica: ☐ SI ☐ NO - Se SI specificare quali																	
Segni e sintomi di infezione del sito di drenaggio: ☐ SI ☐ NO - Se SI specificare quali																	
Segni e sintomi di infezione della lesione cutanea (specificare tipologia di lesione……..……..) : ☐SI ☐NO Se SI specificare quali:																	

Note / Osservazioni

Legenda: Scale Protocollo Procedura - Istr. Operativa