

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Medicazione device e drenaggi ⁽²⁾

Device	Tipo (1)	N° lumi	Calibro	Sede di inserzione	Data	Data	Data	Data	Data
<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale									
<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale con accesso periferico									
<input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico									
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale									
<input type="checkbox"/> Sonda naso-gastrica									
<input type="checkbox"/> Sonda naso-digiunale									
<input type="checkbox"/> Gastrostomia									
<input type="checkbox"/> Digiunostomia									
<input type="checkbox"/> Urostomia									
<input type="checkbox"/> Cannula tracheale									
<input type="checkbox"/> Drenaggio 1									
<input type="checkbox"/> Drenaggio 2									
<input type="checkbox"/> Drenaggio 3									
<input type="checkbox"/> Drenaggio 4									

Note:

(1) Nella casella "Tipo" specificare: la tipologia di device (es. nel catetere vescicale se con punta Tiemann, se con sonda termica, ecc) il materiale, la ditta produttrice, il tipo di flusso (es. alto flusso), la presenza di particolare rivestimento (es. argento) e qualsiasi altra caratteristica utile all'identificazione del device;

(2) Nella casella corrispondente al tipo di device indicare la data e una delle seguenti sigle: P (posizionato); R (rimosso); S (sotuito); M (medicato, dove per medicazione di intende la messa in atto della procedura aziendale in adozione); M-A (medicato punto d'inserzione e reperiti segni di infezione locale: arrossamento, tumefazione, dolore)