

P.O./S.O. _____

Unità Operativa _____

PAVIMENTI	SI	NO
Non scivolosi		
Assenza buche o avvallamenti		
Assenza di dislivelli		
Presenza di cartello di pericolo durante il lavaggio		
CORRIDOI	SI	NO
Corrimano		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Assenza di ostacoli ingombranti (arredi, ausili, altro)		
SCALE	SI	NO
Corrimano su almeno un lato		
Gradini dotati di antiscivolo		
DEAMBULATORI	SI	NO
Stato d'uso generale buono		
Maniglie in buono stato		
Stabile		
SEDIE A ROTELLE	SI	NO
Stato d'uso generale buono		
Ruote e freni efficienti		
Poggiapiedi funzionanti		
Braccioli rimovibili		
BARELLE	SI	NO
Spondine funzionanti		
Ruote e freni efficienti		

AUSILI PER MOVIMENTAZIONE PAZIENTI	SI	NO
Stato d'uso generale buono		
Disponibili in reparto		
Numero sufficiente		
Presenza magazzini/ripostiglio dedicato		
CAMERE	SI	NO
Funzionalità luci personali su testata letto		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Luci notturne percorso camera bagno		
Mobilio stabile, ordinato e in buono stato		
Larghezza porta adeguata al passaggio del letto		
Interruttori accessibili		
Interruttori visibili al buio		
Tappeti		
Spigoli sporgenti		
LETTI	SI	NO
Regolabili in altezza (elettrici o a pedale)		
Dotati di spondine		
Spondine rimovibili		
Spondine completamente abbassabili		
Campanelli chiamata raggiungibili		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
COMODINI	SI	NO
Tavolo servitore		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
Piano d'appoggio regolabile in altezza		
Piano di appoggio girevole		

ASTE FLEBO	SI	NO
Regolabili in altezza		
Ruote efficienti		
Integrate nel letto		
BAGNI	SI	NO
Dimensione minima rispettata		
Interruttori funzionanti		
Interruttori visibili al buio		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Illuminazione antibagno		
Campanelli di chiamata funzionanti		
Presenza di gradini		
Accessibile con carrozzina		
Spigoli sporgenti		
Tappetini antiscivolo		
Pavimento antiscivolo		
Doccia/vasca		
Maniglia doccia/vasca		
Maniglie tazza wc		

Sulla base delle non conformità rilevate sono necessarie le seguenti azioni di miglioramento:

Data rilevamento _____

I RILEVATORI

.....

.....

Notificare al Direttore Generale e al Risk Manager