

	Procedura Specifica PS DiPSa ASL AL 08 "Protocollo di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione in ASL AL"	Data di emissione: Dicembre 2025 Revisione n° 2 Allegato n° 16
--	--	--

CHECK LIST VERIFICA ADESIONE PROTOCOLLO PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LdP

CRITERI	n° conformità	n° non conformità	non osservato	metodo	note
Presenza accessibile del protocollo				I/O	
Presenza di ausili di prevenzione				I/O	
Compilazione scheda di Braden per soggetti a rischio				O	
Compilazione scheda di posizionamento paziente se a rischio				O	
Compilazione scheda del dolore				O	
Disponibilità medicazioni tradizionali ed avanzate				I/O	
Presenza di materasso antidecubito se paziente a rischio				I/O	
Compilazione scheda monitoraggio LdP se presente LdP				O	
	<i>Tot:</i>	<i>Tot:</i>	<i>Tot:</i>	<i>% adesione:</i>	

Legenda: O (verifica con osservazione diretta) - I (verifica con intervista all'operatore)

Compilazione della scheda: indicare con una X ciascuna conformità o non conformità rilevata

Calcolo dell'indicatore: Totale delle conformità / totale osservazioni

Standard: 90%

Periodicità della verifica: 1 volta/anno

S.C. / S.S.: _____

Firma rilevatore _____ Firma IFO _____