

SCHEDA ANTIBIOTICOPROFILASSI

Timbro dell'U.O.

DATI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

Ricoverato il _____

Valutazione del rischio										
Classe ASA	1	<input type="checkbox"/>	Classe intervento	Pulito	<input type="checkbox"/>	Impianto protesico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		Pulito-contaminato	<input type="checkbox"/>		Degenza prima dell'intervento > 48 h	SI	<input type="checkbox"/>	NO
	3	<input type="checkbox"/>		Contaminato	<input type="checkbox"/>					
	4	<input type="checkbox"/>								
	5	<input type="checkbox"/>								

DATA INTERVENTO ___/___/___ ORA INIZIO* ___/___ ORA FINE* ___/___

INTERVENTO _____

*dell'intervento

Modalità esecuzione profilassi antibiotica						
Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Se SI per	<input type="checkbox"/> Emodiluizione > 15 ml/Kg
						<input type="checkbox"/> Perdite ematiche > 1.500 ml
						<input type="checkbox"/> Durata intervento >3 h
						<input type="checkbox"/> ASA ≥ 2
					<input type="checkbox"/> impianto di protesi	

FIRMA
