Direzione Medica di Presidio

PO _____

Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico "G.Rodolico-S:Marco"
Catania

ATTESTAZIONE INTERVENTI DI SANIFICAZIONE

(da effettuarsi in occasione di ciascuna movimentazione salma)

ANNO _____

CAMERA MORTUARIA - P.O._____

ALLONTANAMENTO SALMA RELATIVA A *(INDICARE SOLO INIZIALI)*	**INTERVENTI DI SANIFICAZIONE:** 1.SPANDIMENTO ACCIDENTALE DI LIQUIDI O DI MATERIALE BIOLOGICO SULLE SUPERFICI 2.BARELLA TRASPORTO SALME (BTS) 3.CARRELLO PORTA SALME (CPS), 4.CELLE FRIGORIFERE (CF) E RELATIVI CARRELLI PORTA SALME 5.SALA AUTOPTICA (AMBIENTI/ARREDI/ATTREZZATURE) *(INDICARE LE VOCI DA 1 A 5, SPECIFICANDO SEDE)*	**FIRMA OPERATORE CHE HA EFFETTUATO LA SANIFICAZIONE**	**DATA E ORARIO**

La presente scheda deve essere conservata a cura dei Custodi/Personale addetto della Camera Mortuaria del PO _____