

MODULO DI CONTEGGIO DELLE GARZE/BATUFFOLI RADIOPACHI, DEI COTONINI E DEI DISPOSITIVI MEDICI

ETICHETTA contenente numero di riferimento identificativo, cognome nome, data di nascita, genere

Data intervento ___/___/___ **UOC:** _____

MISURA (espressa in cm)	QUANTITÀ															Totale	FIRMA/SIGLA, MATRICOLA CONTEGGIO INFERMIERE/OSTETRICA/O STRUMENTISTA	FIRMA /SIGLA, MATRICOLA CONTEGGIO OPERATORE DI SALA
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
5 X 40	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
7,5 X 7,5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
10 X 10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
10 X 20	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
5 X 20	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
5 X 80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
7 X 80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
10 X 80	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
lapar. 20 X 30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
lapar. 40 X 40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
lapar. 10 X 45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
lapar. 45 X 45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
lapar. 40 X 60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
lapar. 45 X 75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL MODULO DI CONTEGGIO DELLE GARZE RADIOPACHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Registrare ogni rifornimento di garze con un cerchio O, lo smaltimento con una X. Nel conteggio deve essere indicata la firma/signa e matricola dell'Operatore che esegue il controllo (Infermiere/Ostetrica Strumentista o l'Operatore designato).

Segnalare inoltre: cambio d'équipe Infermieristica/Ostetrica SI alle ore _____ NO

Packing: SI N.A. Numero e tipologia di garze zaffate:

Rimozione *packing* in data Numero e tipologia di garze rimosse:

DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI/DIREZIONE MEDICA