

Allegato 32

Codice Identificativo struttura: _____

Questionario sulle *caratteristiche strutturali dell'Unità Operativa* per l'igiene delle mani

1. Data: _____ 2. Struttura: _____

3 Servizio/reparto: _____ 4. Unità Operativa _____

5 Disciplina (scegliere la disciplina più vicina a quella della vostra UO):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina generale | <input type="checkbox"/> Medicina di alta specialità | <input type="checkbox"/> Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Chirurgia di alta specialità |
| <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> Pronto soccorso | <input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Radiologia/radioterapia | <input type="checkbox"/> Ambulatori/Day hospital |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Centro trasfusionale/
immunoematologia | <input type="checkbox"/> Altro (spec.) _____ | |

6 Qualifica della persona che compila il questionario:

- Coordinatore infermieristico Direttore di UO Coordinatore dello studio Vice coordinatore studio
- Altro membro del team

7 Numero di operatori sanitari nella UO: Infermieri: _____ Medici: _____ Operatori supporto assistenza: _____

8 L'acqua è regolarmente disponibile? Sempre A volte Raramente Mai

9 L'acqua disponibile è acqua corrente? Sì No

10 L'acqua è pulita? Sì No Non so

11 Sono disponibili prodotti a base alcolica per le mani? Sempre A volte Raramente Mai

12 Se sì, quali tipi di contenitori per prodotti sono disponibili? (più risposte possibili)

- Flacone tascabile Flacone a carrello/strumentazione Flacone al letto Dispenser a muro

13 Se sono disponibili dispenser a muro, sono a portata di mano nel punto di assistenza*, ad esempio vicino al letto del paziente? Sì No

14 C'è un responsabile del riempimento o della sostituzione dei contenitori vuoti? Sì No

15 Se disponibili, le confezioni tascabili sono disponibili per tutti gli operatori sanitari?

- Sempre A volte Raramente Mai

16 Se disponibili, gli altri tipi di dispenser di prodotto per mani vengono sostituiti quando sono vuoti?

- Sempre A volte Raramente Mai

17 Accanto a ogni lavabo sono affissi poster che illustrano le tecniche di lavaggio delle mani? Sì No

18 Presso ogni punto di assistenza* sono affissi poster che illustrano la tecnica di frizione delle mani? Sì No

- 19 Presso ogni punto di assistenza* sono affissi poster con le indicazioni sull'igiene delle mani? Sì No
- 20 In questa UO vi sono poster promozionali (con fumetti, foto, slogan) sull'igiene delle mani? Sì No
- 21 In questa UO sono disponibili linee guida scritte con raccomandazioni sull'igiene delle mani? Sì No
- 22 In questa UO sono disponibili guanti usa e getta? Sempre A volte Raramente Mai
- 23 In questa UO ci sono scorte di guanti? Sì No
- 24 In questa UO vengono periodicamente effettuati audit dell'adesione all'igiene delle mani? Sì No
- 25 Se sì, con quale frequenza? Almeno 1 volta l'anno Almeno 1 volta ogni due anni Con minor frequenza
- 26 Le infermiere di questa UO hanno ricevuto formazione specifica sull'igiene delle mani negli ultimi due anni? Sì No
- 27 Il personale medico di questa UO ha ricevuto formazione specifica sull'igiene delle mani negli ultimi due anni? Sì No

Controllate ora ogni stanza o area della UO in cui viene erogata l'assistenza sanitaria, come i punti di assistenza *, e completate la tabella seguente.

	Stanza n/ ID	N. totale di letti nella stanza/ area	N. di letti con prodotto a base alcolica in posizione raggiungibile	N. di lavabi in questa stanza/area	N. di lavabi con acqua pulita, sapone e salviette	N. totale di dispenser per prodotto a base alcolica in questa stanza/area	N. di dispenser funzionanti e pieni	N. di operatori sanitari incontrati	N. di operatori sanitari incontrati con confezioni tascabili di prodotto a base alcolica
A) Stanze dei pazienti in reparto									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
B) Ambienti in cui vengono effettuati trattamenti sanitari (ambulatori, strutture per il day hospital, ecc).									
1									
2									
3									
4									
5									
C) Corridoi e altre aree con punti di assistenza*									
1									
2									
3									
4									
5									
TOT									

TOT: totale; N. = numero

*Punto di assistenza: il luogo in cui si trovano contemporaneamente il paziente e l'operatore sanitario e in cui si effettua la cura o il trattamento con contatto con il paziente.