

	Sala Operatoria	Mod. 0019	Pag. 1 di 1
	VERIFICA PULIZIA E SANIFICAZIONE APPARECCHI ELETTROMEDICALI	Parola chiave: <i>pulizia</i>	
		Rev. 00	del 19/09/2025

DATA: _____ ORA: _____

INTERVENTO DI _____ Paziente (codice) _____

N° SALA*	Apparecchio	Pulizia fine intervento **		Firma Operatore	Prodotto utilizzato	Note ***
	Colonna artroscopia	SI	NO (apparecchio non utilizzato)			
	Elettrobisturi	SI	NO			
	Respiratore	SI	NO			
	Tavolo Operatorio	SI	NO			

* Inserire il numero della Sala Operatoria.

** In caso di apparecchio NON utilizzato indicare "pulizia fine intervento": NO)

*** Alla voce NOTE indicare qualsiasi problema sopraggiunto ed informare tempestivamente la Coordinatrice Infermieristica.

Data e Firma Coordinatrice Infermieristica: _____