

## Check-list per la valutazione ambientale delle aree assistenziali

Unità Operativa di \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_

Barrare con una "x" le condizioni presenti

### AMBIENTE

#### Pavimento

Pavimento in buono stato SI NO Se presenti dislivelli o buchi indicare  
dove \_\_\_\_\_  
Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio SI NO

#### Corridoi

Corrimani nei reparti presenti Se presenti indicare se in buono stato e accessibili  
Illuminazione diurna SI NO eventuali carenze \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Illuminazione notturna SI NO eventuali carenze) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Presenza di materiali o mobili ingombranti SI NO

#### Bagni

Maniglie wc/bide SI NO  
maniglie doccia SI NO  
Interruttori accessibili e visibili SI NO  
Se presenti carenze indicare dove \_\_\_\_\_

#### Camere di degenza

Arredi troppo ingombranti SI NO  
Illuminazione notturna carente SI NO

### ATTREZZATURE

Letti Adattabili in altezza SI NO

### Check-list per la valutazione ambientale delle aree assistenziali

Sponde in buono stato SI NO  
Sponde corte SI NO  
Sponde lunghe SI NO  
Ruote efficienti SI NO

#### Sedie a rotelle

Braccioli efficienti SI NO  
Poggiapiedi efficienti e ribaltabili SI NO  
Ruote efficienti SI NO  
Freni efficienti SI NO

#### Comodino

Piano di appoggio girevole SI NO  
Piano di appoggio regolabile SI NO  
Freni efficienti SI NO

#### Aste per flebo

Integrate nei letti SI NO  
Se mobili, con ruote efficienti SI NO

#### Ausili movimentazione

Disponibili SI NO  
Efficienti SI NO

Se non efficienti indicare la motivazione \_\_\_\_\_

Data del rilevamento

\_\_\_\_\_

Firma Dirigente/Responsabile U.O.

\_\_\_\_\_

Firma Coordinatore In.co U.O.

\_\_\_\_\_