



Listas de Control



Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Higiene del entorno *1 Limpieza Terminal (observación directa)



Turno: TM TT TN TSDF

Fecha: ____/____/____

Servicio:

I.D. del Paciente:

Aislamiento por ICD SI NO

→ Uso de agentes esporicidas SI NO

Observaciones

Superficies	se limpió:		
	SI	NO	N/A
Barandas de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controles de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesa de arrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manija mesa de arrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control remoto aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control remoto TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timbre de llamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lámpara de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silla / Sillón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispensador de soluciones de base alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavatorio de la unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesada de la unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llaves de agua del lavatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispensador de jabón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soporte de toallas de papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruptor de luz de la unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picaporte interno de la habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divisor de la unidad del paciente (biombos, cortinas, paneles fijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie de suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colchón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colchón antiescaras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panel de gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elementos biomédicos no críticos	se limpió:		
	SI	NO	N/A
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bombas infusoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipos de aspiración externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Para los elementos biomédicos no críticos deben tener protocolo institucional vigente definiendo quien realizará la limpieza y desinfección de los mismos.

Notas:

*(1)Según protocolo institucional vigente.

N/A: No aplica

ICD: Infección por *Clostridioides difficile*

Fuente: recomendaciones del Consenso Taller ADECI - INE - SADI (2023)