

Registro de Observación - Higiene de manos



Fecha: ____/____/____ Unidad: UCIA UCIP UCIN UNC Turno: Mañana Tarde Noche Sab/Dom/Fer

N° de Obs.	Profesión Observada* Referencias a pie de página						Antes del contacto con el paciente				Antes de realizar tarea limpia/aséptica				Después de riesgo de exposición a líquidos corporales				Después del contacto con el paciente				Después del contacto con el entorno del paciente			
	E	Ex	K	M	R	T	Se lavó las manos		Técnica correcta		Se lavó las manos		Técnica correcta		Se lavó las manos		Técnica correcta		Se lavó las manos		Técnica correcta					
							Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										

*Profesión Observada: (E) Enfermera/o (Ex) Externo/a (K) Kinesióloga/o (M) Médica/o (R) Residente (T):Terapista