VAP Weekly Rounding Form

Unit _____ Date (mm/dd/yyyy) _____

Please fill out only if intubated/trached AND mechanically ventilated						
Bed #	History Number	Oral care w/ CHG (or hydrogen peroxide if CHG not tolerated)	HOB at ≥30 degrees?	Subglottic suctioning ETT placed to continuous or intermittent suction	Sedation vacation (sedation decreased by ≥50% and spontaneous breathing trial)	Comments (please explain NA)
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	
		Y N NA	Y N NA	Y N NA	Y N NA	

Revised 5.17.12