

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO**

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**1** AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPMA01.AU.1.1	In aggiunta dei requisiti previsti dalla D.G.R. n. 2501/2004 per l'ambulatorio specialistico devono essere presenti:				
AMBPMA01.AU.1.1.2	- Locale idoneo da impiegare per la preparazione del liquido seminale distinto da tutte le altre attività ambulatoriali e collocato all'interno della stessa struttura  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	In caso di crioconservazione e stoccaggio dei gameti maschili il locale deve essere dotato di adeguata areazione e ventilazione
AMBPMA01.AU.1.1.3	- Locale adatto alla raccolta del liquido seminale  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**2** AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPMA01.AU.2.1	Esiste un ecografo con sonda vaginale  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBPMA01.AU.2.2	Esiste una cappa a flusso laminare  Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO**

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

**2** AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPMA01.AU.2.3	Esiste termostato o incubatore a secco		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA01.AU.2.4	Esiste Microscopio Ottico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA01.AU.2.5	Esiste Centrifuga		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA01.AU.2.6	Esiste Pipettratrice		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA01.AU.2.7	Esiste eventuale contenitore/i criogenico/i		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA01.AU.2.8	Esiste apparecchio o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche per dosaggi ormonali rapidi o apparecchio per dosaggio ormonali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					

***I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni***

**Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE**

**AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO**

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

**3** AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPMA01.AU.3.1  Termine di adeguamento: (mesi)	Esiste un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica, indicato quale responsabile della struttura e delle attività espletate.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Devono essere assicurate competenze in fisiopatologie della riproduzione, ecografia, endocrinologia, andrologia direttamente o tramite figure professionali specifiche
--	--	--	--	--

*I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni*