



SCHEMA DI VERIFICA AUTORIZZAZIONE MEZZI (ALLEGATO A DGR 870/2022)

(Rev.00 2024-05-03)

ENTE RICHIEDENTE _____ SEDE LEGALE _____

 AMBULANZA DI TRASPORTO
 AMBULANZA DI SOCCORSO
 AUTOMEDICA
 IDROAMBULANZA

TARGA _____ KM _____ DATA IMM. _____ MODELLO _____ DATA REVISIONE _____

AREA 4		REQUISITI TECNOLOGICI COMUNI TRASPORTO SOCCORSO (T/S)	AUTO VALUTAZIONE		VERIFICA VALUTATORI	
T/S 4.1	Omologazione	I mezzi di soccorso devono essere immatricolati per "uso proprio" o per "uso noleggio con conducente" in base a quanto previsto dal Decreto 137/2009 e dalla Circolare della Direzione Generale della Motorizzazione Prot. 0109606 del 21/12/2009 e ss.mm.ii. I mezzi acquei devono essere omologati in conformità alle normative vigenti	SI	NO	SI	NO
T/S 4.2	Revisioni	I mezzi devono effettuare le revisioni periodiche previste dalle normative vigenti.	SI	NO	SI	NO
T/S 4.3	Sistemi di allarme	I lampeggianti dei mezzi di soccorso sono disposti in modo da garantirne una visibilità a 360° intorno al veicolo	SI	NO	SI	NO
T/S 4.4	Allestimento	L'allestimento, l'impiantistica e la dotazione di bordo sono rispondenti alle normative vigenti (certificazione dell'allestimento del mezzo)	SI	NO	SI	NO
T/S 4.5	Condizioni igienico sanitarie	Tutte le superfici, inclusi i sedili, sono rivestite in materiale lavabile e disinfettabile. Non sono presenti discontinuità sul rivestimento delle superfici e del pavimento	SI	NO	SI	NO
T/S 4.6	Climatizzazione	Tutte le ambulanze sono dotate di impianto di riscaldamento e raffreddamento del vano sanitario	SI	NO	SI	NO
T/S 4.7	Barella	Tutte le ambulanze sono dotate di barella a carrello retrattile (l'uso di barella senza carrello è consentito sui mezzi speciali adibiti al soccorso in ambiente montano, acqueo o comunque ostile)	SI	NO	SI	NO
T/S 4.7 BIS	Ossigeno	Tutte le ambulanze sono dotate di sistema di erogazione dell'ossigeno	SI	NO	SI	NO
T/S 4.8	Aspirazione	Tutte le ambulanze sono dotate di aspiratore di secreti	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9	Dotazioni di bordo	Durante l'esecuzione del servizio tutte le ambulanze hanno a bordo:				
T/S 4.9.1		Telefono cellulare	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.2		Defibrillatore automatico	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.3		Sfigmomanometro	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.4		Materiale sanitario per assistenza respiratoria di base	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.5		Materiale per disinfezione e medicazione	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.6		Strumenti di immobilizzazione del rachide cervicale e degli arti	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.7		Padella e pappagallo o dispositivi equivalenti	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.8		Lenzuola, coperte e telo termico	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.9		Portarifiuti	SI	NO	SI	NO
T/S 4.9.10		Dispositivi di protezione individuale previsti dalle normative e dal DVR per la specifica attività	SI	NO	SI	NO



AREA 5		REQUISITI AGGIUNTIVI PER ATTIVITA' DI SOCCORSO (S)	AUTO VALUTAZIONE		VERIFICA VALUTATORI	
T/S 5.2	Dotazioni di bordo BLS	Durante l'esecuzione del servizio tutte le ambulanze hanno a bordo, oltre a quanto previsto dal requisito 4.9, le seguenti dotazioni:				
T/S 5.2.1		Barella a cucchiaio completa di cinghie	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.2		Asse spinale	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.3		Materassino a depressione	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.4		Materiale per disinfezione e medicazione	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.5		Bombola di ossigeno portatile	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.5 BIS		Pulsiossimetro	SI	NO	SI	NO
T/S 5.2.6		Dotazione farmacologica di base composta almeno dai seguenti farmaci: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adrenalina f.le 1 mg ▪ Atropina f.le 1 mg ▪ Clorfenamina f.le 10 mg ▪ Idrocortisone fl. 500 mg ▪ Soluzione fisiologica 500 ml in sacca con deflussore 	SI	NO	SI	NO
T/S 5.3	Dotazioni di bordo ALS	Durante l'esecuzione di servizi di assistenza con infermiere e/o medico a bordo i mezzi di soccorso hanno a bordo, oltre a quanto previsto dal requisito A5.2, le seguenti dotazioni In caso della presenza di mezzi di scorta deve essere data evidenza delle procedure previste per l'allestimento del mezzo di soccorso				
T/S 5.3.1		Monitor multiparametrico (ECG-NIBP-SAT)	SI	NO	SI	NO
T/S 5.3.2		Aspiratore di secreti portatile	SI	NO	SI	NO
T/S 5.3.3		Materiale sanitario per rianimazione, in zaino asportabile dal mezzo	SI	NO	SI	NO
T/S 5.3.4		Dotazione farmacologica prevista dalla check list	SI	NO	SI	NO
T/S 5.4	Automedica	Durante l'esecuzione di servizi di assistenza ha a bordo, oltre a quanto previsto dal requisito A 5.3, le seguenti dotazioni:				
T/S 5.4.1		Ventilatore polmonare portatile	SI	NO	SI	NO
T/S 5.4.2		Monitor defibrillatore con funzione manuale (anche integrato nel monitor di cui al requisito A5.3.1)	SI	NO	SI	NO

AUTOVALUTAZIONE	VALUTAZIONE TEAM DI VERIFICA	DATA _____
DATA _____	<input type="checkbox"/> IDONEO <input type="checkbox"/> IDONEO CON PRESCRIZIONI <input type="checkbox"/> NON IDONEO	
COGNOME NOME REFERENTE STRUTTURA _____	TEAM LEADER - COGNOME NOME	FIRMA _____
FIRMA REFERENTE STRUTTURA _____	ESPERTO SETTORE - COGNOME NOME	FIRMA _____
	RESPONSABILE ISTRUTTORIA TECNICA COGNOME NOME	FIRMA _____