

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

AMBULATORIO CHIRURGICO					
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

**1** AMBULATORIO CHIRURGICO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBCH01.AU.1.1 Per gli ambulatori chirurgici, in aggiunta ai requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi generali per le strutture sanitarie e specifici e di qualità per le strutture specialistiche ambulatoriali, vi sono spazi/locali dimensionati per:

AMBCH01.AU.1.1.1 - piccoli interventi e medicazioni

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

AMBCH01.AU.1.1.2 - osservazione breve post-chirurgica

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

AMBCH01.AU.1.1.3 - deposito materiale disinfettato/sterilizzato

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

AMBCH01.AU.1.1.4 - pulizia/lavaggio/disinfezione;

Termine di adeguamento:  
I mesi

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO

**2** AMBULATORIO CHIRURGICO - REQUISITI TECNOLOGICI

*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 CHIRURGICO					
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

**2** AMBULATORIO CHIRURGICO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBCH01.AU.2.1	lettino/poltrona tecnica idonea al tipo di procedure per piccola chirurgia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.2.2	lampada scialitica dalle caratteristiche adeguate al tipo di attività chirurgica svolta.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.2.3	carrello per la gestione dell' emergenza/urgenza con relativi farmaci, presidi e strumentazione per il monitoraggio dei parametri vitali del paziente		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.2.4	il carrello di rianimazione è sito in un posto predefinito (conosciuto da tutti gli operatori dell'unità operativa)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

**3** AMBULATORIO CHIRURGICO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBCH01.AU.3.1	E' attivato un registro operatorio riportante:				
----------------	------------------------------------------------	--	--	--	--

*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 CHIRURGICO					
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 CHIRURGICO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBCH01.AU.3.1.1	- fondamentali elementi identificativi del paziente,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.1.2	- nominativo del o degli operatori,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.1.3	- procedure eseguite, con ora di inizio e fine delle stesse e descrizione dell'intervento.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.1.4	- tipo di anestesia utilizzata;		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.2	Esistono procedure formalizzate relative a modalità:				
AMBCH01.AU.3.2.1	- di approvvigionamento, di disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e attrezzature impiegati		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I 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 CHIRURGICO					
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 CHIRURGICO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBCH01.AU.3.2.2	- di disinfezione locali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.2.3	- di smaltimento rifiuti speciali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.3	Per l'assistenza/sorveglianza del paziente durante l'intero svolgimento delle attività		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.4.	È garantita la presenza costante durante il processo assistenziale di almeno un medico e un operatore sanitario		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.5	Esistono procedure per la valutazione dei materiali istologici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBCH01.AU.3.7	Esistono procedure per il collegamento funzionale ad idonea struttura pubblica o privata situata a distanza compatibile per l'efficace gestione di eventuali complicanze che richiedono il protrarsi di osservazione post intervento.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I 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*