

Data _____ dalle ore _____ alle ore _____

Operatori AUSL _____

Struttura denominata _____

situata in: _____

Email: _____ Pec: _____

TIPOLOGIA:			
<input type="checkbox"/> STUDIO PROFESSIONALE ODONTOIATRICO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO ODONTOIATRICO			
N. Atto Autorizzativo:	del	Comune di:	
Nominativo Direttore Sanitario – Titolare:			
Presenza di elenco dei professionisti e relativi titoli	SI	NO	

1	REQUISITI STRUTTURALI		
1.1	Funzioni ed usi dei locali conformi a quanto autorizzato	SI	NO
<u>note:</u>			

2	IMPIANTI - APPARECCHIATURE – DOTAZIONI			
2.1	Presenza di documentazione attestante le verifiche periodiche di messa a terra (DPR 462/01) - (applicabile in presenza di almeno un dipendente o assimilabile)	N.A.	SI	NO
2.2	Presenza di documentazione attestante i regolari controlli manutentivi dell'impianto elettrico (CEI 64-8/710)		SI	NO
2.3	Sono disponibili le schede tecniche e le relative dichiarazioni di conformità alle norme di sicurezza CE degli apparecchi elettromedicali		SI	NO
2.4	Sono disponibili le relative verifiche di sicurezza elettrica degli apparecchi elettromedicali (secondo la periodicità definita dal costruttore)		SI	NO
2.5	Sono disponibili ed utilizzate adeguate misure barriera (es. guanti, camici, mascherine, occhiali, schermi)		SI	NO
2.6	I farmaci sono correttamente stoccati (es. armadio dedicato/frigorifero con rilevatore di temperatura)		SI	NO
<u>note:</u>				

3	REQUISITI IGIENICI E SANITARI		
3.1	Condizioni generali di pulizia adeguate (es superfici visivamente pulite, prive di polvere ecc)	SI	NO
3.2	Adeguate stato di manutenzione di arredi e attrezzature	SI	NO
3.3	È presente una procedura/istruzione operativa/protocollo di pulizia/disinfezione ambientale e degli arredi?	SI	NO
3.4	Presenza di contratto di smaltimento dei rifiuti sanitari	SI	NO
<u>note:</u>			

4	STERILIZZAZIONE		
4.1	È disponibile uno spazio dedicato alle operazioni di sterilizzazione: (locale dedicato > 4mq oppure dislocato all'interno dei locali operativi)	SI	NO
4.2	È presente una procedura/istruzione operativa/protocollo per la decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione	SI	NO
4.3	Sono formalizzate nella procedura/istruzione operativa/protocollo le modalità operative per:		
	Decontaminazione	SI	NO
	Lavaggio manuale o meccanico	SI	NO
	Asciugatura degli strumenti	SI	NO
	Confezionamento degli strumenti	SI	NO
	Stoccaggio	SI	NO
4.4	Le operazioni di sterilizzazione e relative prove di efficacia sono registrate e conservate	SI	NO
	Controlli ad ogni ciclo di sterilizzazione	SI	NO
	Controlli giornalieri	SI	NO
	Controlli settimanali/mensili	SI	NO
	Controlli trimestrali	SI	NO
4.5	I dispositivi medici sterili sono adeguatamente stoccati con evidenza della data di sterilizzazione (non superiore a 30 gg)	SI	NO
<u>note:</u>			

5	LEGIONELLA		
5.1	Presenza Del Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi in corso di validità	SI	NO
5.2	Effettuazione dei controlli analitici nei punti critici dell'impianto idrico, con frequenza almeno annuale (es. riuniti, lavabi, docce)	SI	NO
note:			

NOME COGNOME	FIRMA