

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

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPMA02.AU.1.1 In aggiunta ai requisiti minimi strutturali di 1° livello

AMBPMA02.AU.1.1.1 Esiste un locale con spazi, distinti e separati, per la preparazione utenti e per la sosta dei pazienti che hanno subito l'intervento

Termine di adeguamento:
[mesi]

SI NO SI NO

Tale spazio può essere opportunamente individuato all'interno del locale visita

AMBPMA02.AU.1.1.2 Esiste spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico (anche all'interno del locale chirurgico)

Termine di adeguamento:
[mesi]

SI NO SI NO

AMBPMA02.AU.1.1.3 Esiste sala chirurgica adeguata per il prelievo degli ovociti di dimensioni tali da consentire lo svolgimento dell'attività e l'agevole spostamento del personale

Termine di adeguamento:
[mesi]

in relazione all'utilizzo dell'attrezzatura per rianimazione cardiaca e polmonare di base e l'accesso di lettiga

SI NO SI NO

AMBPMA02.AU.1.1.4 Esiste laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, contiguo o attiguo alla sala chirurgica

Termine di adeguamento:
[mesi]

SI NO SI NO

AMBPMA02.AU.1.1.5 Esiste nella sala chirurgica e nella camera biologica alimentazione elettrica di emergenza

Termine di adeguamento:
[mesi]

SI NO SI 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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPMA02.AU.1.2 Nella sala chirurgica e nella camera biologica sono assicurati:

AMBPMA02.AU.1.2.1 - Ricambi d'aria 6 vol/ora

Termine di adeguamento:
[mesi]

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

AMBPMA02.AU.1.2.2 - Umidità relativa compresa tra 40-60%

Termine di adeguamento:
[mesi]

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

AMBPMA02.AU.1.2.3 - Temperatura interna compresa tra 20 - 24 ° C

Termine di adeguamento:
[mesi]

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

AMBPMA02.AU.1.2.4 - filtraggio aria 99.97%

Termine di adeguamento:
[mesi]

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

AMBPMA02.AU.1.2.5 - Le superfici devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento.

Termine di adeguamento:
[mesi]

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPMA02.AU.1.2.6	- Il pavimento deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucciolo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.1.3	Il locale dedicato alla crioconservazione dei gameti ed embrioni è dotato di adeguata areazione e ventilazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.1.4	Esiste sala per il trasferimento dei gameti (in caso GIFT9) e degli embrioni.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Questa sala può coincidere anche con la sala chirurgica e/o con la sala di esecuzione delle prestazioni prevista per il primo livello, purchè sia collocata in prossimità del laboratorio.
Termine di adeguamento: [mesi]					

2 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI SECONDO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPMA02.AU.2.1	Esiste un ecografo con sonda vaginale con ecoguida		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.2	Esistono n.2 pompe per aspirazione dei follicoli		<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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPA02.AU.2.3	Esistono apparecchiatura per dosaggi ormonali rapidi o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPA02.AU.2.4	Esiste cappa a flusso laminare		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPA02.AU.2.5	Esiste n.2 incubatori a CO2		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPA02.AU.2.6	Esiste un invertoscopio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPA02.AU.2.7	Esiste un microscopio ottico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPA02.AU.2.8	Esiste un micromanipolatore (applicato ad invertoscopi)		<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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPMA02.AU.2.9	Esiste un Stereomicroscopio		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.10	Esiste un termostato di precisione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.11	Esiste una centrifuga		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.12	Esiste un sistema automatizzato programmabile per la crioconservazione di ovociti ed embrioni e adeguato numero di contenitori criogenici		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.13	Esiste un monitor ECG		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.2.14	Esiste un pulsossimetro		<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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPA02.AU.2.15	Esiste un defibrillatore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA02.AU.2.16	Esiste un adeguato sistema di sterilizzazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA02.AU.2.17	Esistono attrezzature e farmaci essenziali per l'emergenza che consentano di rianimare un paziente apnoico e in stato di incoscienza e di garantirne il supporto vitale mentre viene trasportato in un'altra area	di cui è controllata periodicamente la funzi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA02.AU.2.18	Esiste un frigorifero		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

3 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI SECONDO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPA02.AU.3.1	La dotazione del personale, che deve essere rapportata al volume delle attività ed alle tecniche adottate, prevede:				
----------------	---	--	--	--	--

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 SECONDO 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			

3 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI SECONDO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPMA02.AU.3.1.1	- Presenza di un medico specialista in ostetricia e ginecologia, con comprovata esperienza specifica, indicato quale responsabile della struttura e delle attività.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Devono essere assicurate competenze in ecografia, endocrinologia e andrologia
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.3.1.2	- Presenza di biologo o medico con competenze in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro, acquisite tramite comprovato addestramento specifico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Per le strutture già in attività l'addestramento specifico è sostituito dalla presentazione del curriculum del professionista biologo o medico
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.3.1.3	- Presenza di un anestesista-rianimatore per indurre la sedazione e monitorare il paziente durante l'intervento ed il risveglio (In caso di effettuazione della sedazione profonda)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.3.1.4	- Presenza di ostetrica/o o infermiere professionale ed eventuale altro personale di supporto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.3.1.5	- Consulenza genetica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA02.AU.3.1.6	- Consulenza psicologica o medico per il sostegno alla coppia		<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 SECONDO 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 SECONDO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPMA02.AU.3.1.7 Termine di adeguamento: <small>(mesi)</small>	- Deve essere previsto un collegamento formalizzato con struttura di ricovero per acuti idonea ad affrontare eventuali complicanze, collocata a distanza compatibile con l'adeguato e tempestivo trattamento delle stesse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBPMA02.AU.3.1.8 Termine di adeguamento: <small>(mesi)</small>	- Esiste un piano, formalizzato con specifico accordo, che nelle situazioni di emergenza prevede il trasferimento tempestivo del paziente in idonea struttura di ricovero per acuti	<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