

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

**AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI TERZO 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 TERZO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPMA03.AU.1.1	Esistono i requisiti minimi strutturali previsti per le strutture di secondo livello		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA03.AU.1.2	Sono rispettati i requisiti strutturali previsti per la struttura extraospedaliera di chirurgia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					

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

AMBPMA03.AU.2.1	Esistono i requisiti previsti per i livelli primo e secondo		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA03.AU.2.2	Esiste attrezzatura completa per laparoscopia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					
AMBPMA03.AU.2.3	Esiste attrezzatura/strumentario per laparotomia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: [mesi]					

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

*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 TERZO 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 TERZO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPMA03.AU.3.1	Esistono le competenze mediche specialistiche previste per il secondo livello, con esperienza in tecniche endoscopiche		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPMA03.AU.3.2	Esistono le competenze biologiche previste per il secondo livello		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPMA03.AU.3.3	Esiste la presenza di anestesista rianimatore per gli interventi previsti a questo livello		<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*