

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

TRASOCC.XX.1.0

**Attività di Trasporto e Soccorso con Ambulanza
(oltre ai requisiti previsti per l'attività di trasporto
con ambulanza devono essere presenti i
seguenti:**

TRASOCC.AU.1.1

E' presente un registro del personale abilitato alla defibrillazione precoce (BLS/D) secondo le vigenti normative regionali

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

TRASOCC.AU.1.2

E' presente un manuale delle procedure, che comprende le procedure relative a:

TRASOCC.AU.1.2.1

identificazione del livello di assistenza necessario per i servizi

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

TRASOCC.AU.1.2.2

mobilizzazione dei pazienti ed impiego dei sistemi di trasporto

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

TRASOCC.AU.1.2.3

condotta del mezzo nelle diverse condizioni

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

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI ORGANIZZATIVI

TRASOCC.AU.1.2.4	gestione dei rapporti con la Centrale Operativa 118, approvata dal Direttore della CO stessa		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.1.2.5	gestione del consenso informato		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.1.2.6	impiego dei dispositivi di protezione individuale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.1.3	Qualora l'organizzazione svolga assistenza ad eventi e manifestazioni con grande affluenza di pubblico predispone preliminarmente un piano operativo specifico, lo sottopone all'approvazione del Direttore della Centrale Operativa del SUEM competente per il territorio sul quale si svolge l'evento e si attiene alle disposizioni emanate dallo stesso		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.1.4	A bordo dell'ambulanza che effettua servizi di assistenza e soccorso è sempre presente un operatore abilitato BLS secondo la vigente legislazione regionale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

2 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI TECNOLOGICI

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI TECNOLOGICI

TRASOCC.AU.2.1	Tutte le ambulanze sono dotate di sistema di erogazione dell'ossigeno e di barella a carrello retrattile		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
----------------	--	--	--	--	--

TRASOCC.AU.2.2	Durante l'esecuzione dei servizi di assistenza e soccorso tutte le ambulanze hanno a bordo, oltre a quanto previsto per le ambulanze di trasporto, deve essere presente:				
----------------	--	--	--	--	--

TRASOCC.AU.2.2.1	Telefono cellulare o apparato radio connesso alla rete della locale Centrale Operativa del SUEM		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
------------------	---	--	--	--	--

TRASOCC.AU.2.2.2	Tavola spinale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
------------------	----------------	--	--	--	--

TRASOCC.AU.2.2.3	Defibrillatore automatico (sostituibile con manuale in caso di presenza del medico)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
------------------	---	--	--	--	--

TRASOCC.AU.2.2.4	Barella a cucchiaio completa di set cinture		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
------------------	---	--	--	--	--

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI TECNOLOGICI

TRASOCC.AU.2.2.5	Materassino a depressione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.2.6	Bombola portatile per O2 terapia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.2.7	Una dotazione farmacologica di base con relativa check-list		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

TRASOCC.XX.2.3 **I veicoli di soccorso avanzato (automedica) :**

TRASOCC.AU.2.3.1	Devono essere omologati ai sensi della vigente legislazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.3.2	L'allestimento, l'impiantistica e la dotazione di bordo rispondono alle normative vigenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI TECNOLOGICI

TRASOCC.AU.2.4 Durante l'esecuzione dei servizi di assistenza e soccorso i mezzi hanno a bordo almeno la seguente dotazione:

TRASOCC.AU.2.4.1 Monitor multi-parametrico (ECG, PA, Sat) e defibrillatore (anche integrati)

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

TRASOCC.AU.2.4.2 Respiratore automatico portatile

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

TRASOCC.AU.2.4.3 Aspiratore di secreti portatile

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

TRASOCC.AU.2.4.4 Materiale sanitario per rianimazione, contenuto in zaino o valigia asportabile dal mezzo

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

TRASOCC.AU.2.4.5 Materiale di immobilizzazione cervicale e per arti

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

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

TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA

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 TRASPORTO E SOCCORSO CON AMBULANZA - REQUISITI TECNOLOGICI

TRASOCC.AU.2.4.6	Bombola portatile per O2 terapia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.4.7	Materiale di autoprotezione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.4.8	Estintore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASOCC.AU.2.4.9	Dotazione farmacologica con relativa check-list		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	