

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	MODULO	Pagina 1 di 5
	LISTA DI CONTROLLO STRUTTURE SANITARIE STUDI ODONTOIATRICI	MO13
Commissione Dipartimentale ex LR 34/98 ora LR 4/08 Dipartimento Sanità Pubblica		Rev 1 del 17.06.16

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

Indirizzo: via _____ Comune _____

Titolare dello studio _____

Titolari se studio associato _____

Data del sopralluogo _____

Numero totale personale _____ Presenza saltuaria altri specialisti _____

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI-RILIEVI
Adeguati i titoli abilitanti l'esercizio della professione	SI NO	
Possesso dell'Autorizzazione alla Pubblicità sanitaria	SI NO	
Vaccinazione contro l'epatite B N° totale:	SI NO	Operatori non coperti: _____ _____ _____
Conformità dei locali alla planimetria	SI NO	
Locale operativo , provvisto di riunito odontoiatrico, riservato esclusivamente all'espletamento di attività odontoiatrica, avente dimensione non inferiore a 12 mq e dotato di lavabo comunque, per gli esistenti non inferiore a 9 mq .	SI NO	
Caratteristiche del lavabo : il rubinetto deve essere attivato a pedale, a fotocellula, a leva. Attrezzato con dispensatore di sapone e/o detergente antisettico e con salviette monouso	SI NO	

REQUISITO

NOTE

OSSERVAZIONI - RILIEVI

<p>Spazio separato di almeno 4 mq., aggiuntivo rispetto ai 12 mq., (9mq) o in alternativa locale di almeno 4 mq. da utilizzare per la decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione dei dispositivi medici.</p> <p>N.B. Per spazio separato si intende un'area ,anche fisicamente non isolata, ricavata all'interno del locale operativo o in altro locale idoneo</p> <p>Per gli studi esistenti la superficie di 4 mq può essere articolata anche in più spazi separati purchè all'interno di ciascun locale operativo sia possibile effettuare la decontaminazione preliminare o la messa in sicurezza degli strumenti contaminati</p>	SI NO	La sterilizzazione può essere data in gestione esterna purché siano soddisfatti i requisiti di legge
<p>Qualora l'attività venga espletata in ulteriori locali, questi ultimi, debbono avere una superficie non inferiore a 9 mq. e possedere tutte le caratteristiche previste per il locale operativo</p>	SI NO	
<p>Le superfici dei locali sono in materiale lavabile e disinfettabile I locali devono essere dotati di pavimenti lavabili, pareti lavabili per un'altezza non inferiore a 2 mt.</p>	SI NO	
<p>Gli ambienti di soggiorno dei clienti e di lavoro degli operatori garantiscono un adeguato confort (temperatura, illuminazione, ventilazione)</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per attività amministrative, accettazione, archivio</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato ai volumi di attività</p>	SI NO	
<p>Servizio/i igienico/i per gli utenti</p>	SI NO	negli studi già in attività il servizio igienico può essere comune utenti/personale
<p>Servizio igienico per il personale</p>	SI NO	
<p>Spazio/locale da adibire a spogliatoio del personale</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per deposito materiale pulito che può essere stoccato in un armadio, qualora non sia presente in elevate quantità</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia</p>	SI NO	
<p>Locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità</p>	SI NO	
<p>Arredi lavabili, idonei all'attività svolta</p>	SI NO	

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI - RILIEVI
Planimetria relativa agli impianti elettrici o relazione tecnica con classificazione dei locali ai fini degli impianti elettrici, firmata dal Responsabile Sanitario : se l'impianto è stato realizzato prima del settembre/2001 con la CEI 64.4: Ambulatorio medico di tipo A *se l'impianto è stato realizzato dopo settembre/2001 con la CEI 64.8/7: Ambulatorio GRUPPO 1	SI NO	
Verifica periodica biennale dell'impianto elettrico di messa a terra ai sensi del DPR 462/01 effettuata dall'UOIA di Reggio Emilia o da un Organismo individuato da Ministero delle Attività Produttive (lettera di incarico a UOIA o Organismo Notificato) <u>Per attività senza dipendenti o soci</u> Dichiarazione conformità impianto elettrico – DM 37/08 Progetto impianto elettrico – Legge DM 37/08 Verifiche iniziali e successive verifiche periodiche secondo le norme di buona tecnica (norme CEI)	SI NO	
Relativamente agli altri impianti (se lo studio non è molto vecchio) Conformità degli impianti meccanici (riscaldamento, idrico, condizionamento – se presente)	SI NO	Se l'ambulatorio è molto vecchio non chiediamo niente o quasi (attenti al gas usato nel bunsen)
Dichiarazione di presenza di nodo equipotenziale + Idn 30 Ma	SI NO	
denuncia impianto di messa a terra con affidamento verifiche periodiche	SI NO	Mod. B Lettera di incarico a ASUL o Organismo Notificato
Verifica aspetti prevenzione incendi 1 Estintori 2 .Luce di sicurezza 3. Segnaletica	SI NO	N°: N°:
Per le apparecchiature di nuova acquisizione (acquisto dopo il 06.12.2004): – Dichiarazione di conformità CE – Manuali d'uso – Collaudi di accettazione, certificati di installazione e collaudo (sicurezza elettrica)	SI NO SI NO SI NO	
Le apparecchiature sono corredate della documentazione prevista dalla legge (libretti autoclavi, manuali d'uso, etc.)	SI NO	<input type="checkbox"/> Costruite prima 1997: certificazione conformità del costruttore o tecnico abilitato <input type="checkbox"/> Acquisite dopo 1997: presenza marcatura CE e manuale d'uso

REQUISITO	NOTE	OSSERVAZIONI - RILIEVI
Denuncia apparecchi radiologici ed affidamento incarico ad un Esperto Qualificato	SI NO	<input type="checkbox"/> Incarico E.Q. <input type="checkbox"/> Registro apparecchiature radiologiche <input type="checkbox"/> Manuale di qualità <input type="checkbox"/> Presenza esperto in Fisica sanitaria <input type="checkbox"/> Giudizio di idoneità all'uso clinico
Registrazione dati pazienti: Cartacea / Informatizzata	SI NO	
Vengono effettuate attività di formazione ai sensi della normativa vigente in materia di sicurezza e igiene del lavoro	SI NO	<input type="checkbox"/> Addetto emergenza <input type="checkbox"/> RSPP <input type="checkbox"/> RLS <input type="checkbox"/> Verbali riunioni periodiche <input type="checkbox"/>
Procedure/istruzioni operative per assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni:		
lavaggio delle mani	SI NO	
pulizia, disinfezione,	SI NO	
sterilizzazione dei dispositivi medici	SI NO	
decontaminazione e pulizia degli ambienti	SI NO	
smaltimento dei rifiuti	SI NO	
precauzioni atte ad evitare la trasmissione di microrganismi per contatto, per via aerea;	SI NO	
dispositivi di protezione per il personale sanitario	SI NO	
gestione del rischio biologico occupazionale	SI NO	
gestione farmaci: procedure di conservazione e controllo scadenze + emergenza	SI NO	<input type="checkbox"/> Frigorifero e termometro di Min-Max
prelievo, conservazione, trasporto dei materiali biologici da sottoporre ad accertamento + controllo stoccaggio rifiuti sanitari	SI NO	
procedura (comprensiva di strumenti, presidi, farmaci, ecc.) per assicurare, in funzione della tipologia della struttura, la gestione dell'emergenza	SI NO	<input type="checkbox"/> Presenza presidi/valigia emergenza
procedura che garantisca la rintracciabilità dei materiali impiantabili	SI NO	<input type="checkbox"/> Registro impiantabili
Se Studio Associato: è stato individuato il professionista responsabile delle procedure di disinfezione e sterilizzazione?	SI NO	Nominativo
E' stata posizionata idonea cartellonistica per il DIVIETO DI FUMARE	SI NO	

