

UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali
Scheda di verifica Trasporto Intraospedaliero tramite Ditta appaltatrice

Codice Prenotazione: _____

Percorso da US/Serv _____ a US/Serv _____

Tipo di trasporto: _____ Data: _____

1) Rispetto dei tempi :			
<input type="checkbox"/> evasione delle richieste programmate/prenotate negli orari prestabiliti; (margine di ritardo 5 minuti)			
<input type="checkbox"/> evasione delle richieste ordinarie, entro 30 minuti dalla prenotazione del trasporto;			
<input type="checkbox"/> evasione delle richieste urgenti, entro 15 minuti dalla prenotazione del trasporto;			
<input type="checkbox"/> evasione delle richieste per il trasporto di pazienti in emergenza entro 8 minuti dalla chiamata.			
	SI	NO	
2) Nel trasporto l'operatore:			
assume un comportamento consono all'attività ?	SI	NO	
SE NO PERCHE ?.....			
garantisce la sicurezza del paziente ?	SI	NO	
SE NO PERCHE ?.....			
garantisce il rispetto della privacy ?	SI	NO	
SE NO PERCHE ?.....			
utilizza il percorso indicato ?	SI	NO	
SE NO PERCHE ?.....			
3) Gli ausili utilizzati per il trasporto:			
Sono quelli indicati nella richiesta di trasporto?	SI	NO	
SE NO PERCHE?.....			
4) Misure igieniche:			
l'operatore effettua l'igiene delle mani?	SI	NO	
SE NO PERCHE?.....			
l'operatore indossa i DPI necessari e li elimina correttamente?	SI	NO	
SE NO PERCHE?.....			
l'operatore provvede alla detersione e disinfezione degli ausili?	SI	NO	
SE NO PERCHE?.....			

Note:

Firma incaricato DPPS _____ Firma Operatore Ditta Trasporti _____

Firma per verifica Coordinatore DPSS Esternalizzazione dei servizi _____