



Verbale visita di verifica Accreditamento Professionale FCSA

Allegato 3
Revisione 3
del 25/03/2023

Pag. 1 di 2

Verifica n°..... Data Riferimento Codice	Centro sottoposto a verifica: CENTRO N°..... Intestazione: Azienda: Località: Responsabile:
Riferimento: <input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Visita di mantenimento	Principale documentazione di riferimento: <input type="checkbox"/> Manuale degli Standard
Responsabile Gruppo di Verifica:	Responsabile della struttura coinvolta:
Componenti del Gruppo di Verifica:	Altro personale:

Note:

- la Visita sul campo si è svolta nei tempi previsti..... Si No
- Sono stati valutati tutti gli Standard Si No
- Sono stati intervistati altri operatori oltre al Responsabile Si No
- Altre annotazioni

.....

Riferimento	Criticità del Sistema ed osservazioni	
Lista di autovalutazione	Compilata dal responsabile del CT Condivisa con il personale di UO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valutazione delle non conformità e delle azioni di miglioramento	Registrati gli eventi avversi/Non conformità Attuate azioni di miglioramento Ulteriori osservazioni:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valutazione degli Indicatori	Indicatori presenti Indicatori regolarmente compilati ed inseriti Indicatori discussi e attuate conseguenti azioni di miglioramento. Ulteriori osservazioni.....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Riconoscimento formale del Centro	Il Centro è formalmente riconosciuto Se no, specificare se l'Azienda/ Ospedale di appartenenza è disposto a ufficializzare il riconoscimento del Centro Eventuali problematiche emerse	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altre certificazioni	Certificato ISO Accreditamento Istituzionale Altro tipo (specificare).....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

VARIAZIONI RILEVATE

Indicare gli elementi degli standard con punteggio variati e i punteggi zero anche se confermati.

N° Standard	Punteggio Autovalutazione	Nuovo punteggio	Evidenze variazione

