

REQUISITI ORGANIZZATIVI E OPERATIVI PER EMERGENZA COVID-19

N.	Requisito	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
1	Sono applicate le "Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2" (*)	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
2	La ventilazione degli ambienti è adeguata e conforme alle disposizioni vigenti durante il periodo emergenziale COVID 19	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
3	Il farmacista titolare o il direttore responsabile ha definito in una procedura documentata le misure generali per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS CoV-2 nel setting operativo, con particolare riguardo a:	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Organizzazione generale delle modalità di accesso al locale/spazio per l'esecuzione del test	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Igiene delle mani	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Sanificazione degli ambienti prima e dopo la prestazione	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Utilizzo dei DPI per la prestazione, la sanificazione e la disinfezione	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Pulizia e disinfezione degli strumenti	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
-	Gestione dei rifiuti	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

Legenda:

C Requisito conforme **NC** Requisito non conforme **NA** Requisito non applicabile

Firma del Titolare/Direttore della Farmacia:

Data: _____

(*) Riferimenti:

- Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 – "Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2". Versione del 7 luglio 2020
- Nota tecnica ad interim "Esecuzione dei test diagnostici nello studio dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Medicina Generale" - Aggiornata all'8 novembre 2020
(<https://www.iss.it/documents/20126/0/NT+MMG+e+tamponi.pdf/304da463-6292-5202-7271-c30d61f3dfe1?t=1605954217092>)