

originale

copia controllata _____ N. _____

copia non controllata distribuzione interna a cura del RQ

bozza

Il presente modulo è il verbale per la registrazione dell'attività di controllo svolta dal personale NOC presso le Case di Cura private accreditate e le Aziende Ospedaliere di Catania.

Redazione

Dr.ssa Nunziata Giordano, UOC Ospedalità Pubblica

Dr.ssa Marinella Ienna, Responsabile UOC Ospedalità Pubblica

Dr.ssa Rosaria Spina, UOC Ospedalità Privata

Verifica

Dr. Alfio Cistaudò, Responsabile U.O. Sistema Qualità Aziendale

Approvazione

Dr. Francesco Luca, Direttore Sanitario

Ratifica

Dr. Giuseppe Giammanco, Direttore Generale

VERBALE DI CONTROLLO

VERBALE N. _____ / NOC del _____

In data _____ alle ore _____ il/la sottoscritto/a
Dr. _____ appartenente al NOC dell'Azienda
Sanitaria Provinciale di Catania, si è presentato/a presso la Struttura
_____ e dopo essersi qualificata procede, ai sensi del D.A
_____ e relativo PACA allegato riguardante i controlli sulle cartelle cliniche
(selezionate dagli uffici regionali) e comunicate da questo ufficio tramite mail/fax con **Nota
Prot. N. _____ del _____** con allegato l'elenco dei controlli. Viene in ciò
assistito/a, per la Struttura da:

- Direttore Sanitario o suo delegato _____
 Referente della compilazione e codifica SDO _____
 Altro _____

1. CONTROLLI ESTERNI DOPO LE DIMISSIONI

- | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 2. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 3. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 4. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 5. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 6. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 7. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 8. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 9. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 10. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 11. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 12. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 13. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 14. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |
| 15. | CC n. _____ | tipologia controllo | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] |

VERBALE DI CONTROLLO

[] **2.a** Per le sotto elencate cartelle cliniche **non sono** state riscontrate difformità nei controlli espletati ai sensi del D.A. _____:

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

[] **2.b.** Per le sotto elencate cartelle cliniche **sono** state riscontrate delle difformità nei controlli espletati ai sensi del D.A. _____ e relative penalizzazioni, che la Struttura **accetta / non accetta** producendo valide motivazioni scritte entro 15 giorni dal controllo

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____
tot. pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____ tot.
pen. _____

cc. n. _____ controllo n. _____ p.ti _____ controllo n. _____ p.ti _____
tot. pen. _____

3.a Per il Controllo 2 “Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica” per le seguenti C.C.

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

Le risultanze verranno comunicate successivamente entro e non oltre 30 gg lavorativi.

3.b Per il Controllo 3 - 4 - 7 - 9 “Adeguatezza Organizzativa e Setting della Prestazione erogata” per le seguenti CC

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

Le risultanze verranno comunicate successivamente entro e non oltre 15 gg lavorativi.

4.a Si richiede copia conforme all’ originale di

tutta la cartella Clinica:

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

cc. n. _____ cc. n. _____ cc. n. _____

4.b Si richiede copia conforme all’ originale di seguente documentazione che viene consegnata ed allegata al presente verbale:

cc. n. _____

Documento _____

cc. n. _____

Documento _____

cc. n. _____

Documento _____

cc. n. _____

Documento _____

cc. n. _____

Documento _____

[] 4.c La Struttura, non avendole potuto consegnarla a causa di _____

si impegna a far pervenire, entro giorni _____ da oggi e direttamente all'osservazione del professionista che ha condotto la verifica dott. _____ la documentazione richiesta in copia conforme all'originale.

In questo caso le risultanze verranno comunicate entro e non oltre i 15 gg. lavorativi dal ricevimento di quanto richiesto.

5. Note _____

Il presente verbale, formato da n.3 pagine e n. _____ allegati, si chiude alle ore _____ ed una copia, sottoscritta da ambedue le parti, viene rilasciato alla Struttura nella persona del Dr.

Letto, confermato e sottoscritto

Per la struttura

Per il/i NOC ASP

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____



MODULO
VERBALE DI CONTROLLO

M_PO-OPP-7-01_01

Ed. 0 Rev. 00
Data 9 settembre 2015

Indice di revisione

Ed.0 Rev. 00

Motivo della revisione

Emissione

Data

9/09/2015

Redazione

Data 09/09/2015

Marinella Ienna

Giuseppe Spampinato

Nunziata Giordano

Rosaria Spina

Marinella Ienna
Giuseppe Spampinato
Nunziata Giordano
Rosaria Spina

Verifica

Data 08/11/2015

Alfio Cristaudo

Approvazione

Data

Francesco Luca

Ratifica

Data

Giuseppe Giammanco

Alfio Cristaudo
Francesco Luca

Giuseppe Giammanco