

Data ricezione a cura della Segreteria SIECVI _____

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO VOLONTARIO
DEI LABORATORI DI ECOGRAFIA CARDIOVASCOLARE (ECV) 1° LIVELLO**

REQUISITI per accedere al questionario

Il REFERENTE SIECVI del laboratorio di ECV delegato o incaricato dal Direttore della Struttura è un Socio SIECVI in possesso di certificazione di competenza in Ecografia Cardiovascolare Generale SIECVI in corso di validità?

SI NO

Occorre risposta affermativa per continuare la compilazione

STRUTTURA STRUTTURA (Azienda - P.O. - Dip. o U.O.).....

INDIRIZZOCITTA'

TEL FAX E-MAIL

REFERENTE SIECVI del LABORATORIO: COGNOME..... NOME

.....

Numero sessioni eco per settimana

DENOMINAZIONE LABORATORIO (facoltativa).....

REQUISITI		
CODICE	ORGANIZZAZIONE	ESISTENZA
RQOR1	Sono regolarmente pianificati programmi di aggiornamento e formazione degli operatori (es. <i>aggiornamento, acquisizione ECM specifici</i>)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQOR2	Esiste un piano di verifica e controllo periodico della qualità degli operatori (<i>rinnovo certificazione</i>)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQOR3	È regolarmente pianificato un programma di prenotazione/accettazione/archiviazione e consegna dell'esame?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
STRUTTURA		
RQST1	Il laboratorio esegue >500 ETT/anno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST2	È disponibile una sala d'attesa adeguata ai volumi di attività, confortevole e facilmente accessibile, anche condivisa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST3	È disponibile una segreteria/accettazione adeguata ai volumi di attività, confortevole e facilmente accessibile, anche condivisa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST4	La/e sala/e per ECV ha/hanno una superficie adeguata, climatizzata, con lavabo, O ₂ , facilmente accessibile/i, con arredamento adeguato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST5	L'ecografo/gli ecografi cardiovascolari sono conformi ai requisiti richiesti (<i>M-mode, bidimensionale, Doppler e Color, 2° armonica con sistema di registrazione delle immagini</i>)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST6	È disponibile un sistema hardware-software per registrazione, elaborazione e archiviazione degli esami e dei referti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST7	Nel laboratorio di ECV è definito il piano per la sicurezza in ambito lavorativo secondo le norme di legge*?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST8	Nel laboratorio di ECV è definito il piano di gestione delle apparecchiature ivi compresi collaudi, approvvigionamenti, verifiche, controlli, manutenzione e dismissioni secondo norme di legge* ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROCESSO		
RQPS1	Sono definite le modalità di esecuzione dell'esame ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQPS2	Il referto dell'esame viene consegnato entro 24 ore?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQPS3	Sono definite le modalità di trattamento di dati sensibili e di rispetto della legge sulla privacy	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRODOTTO		
RQPR1	Il referto comprende i dati del paziente, il motivo dell'esame, il tipo di esame, le conclusioni diagnostiche e la firma operatore?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQPR2	Esiste un sistema in cui vengono registrati i dati del paziente, il motivo dell'esame, il tipo di esame, le conclusioni diagnostiche e la firma operatore?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICA E CONTROLLO QUALITA'		
RQCV1	Sono pianificati audit di revisione degli esami eseguiti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*piano del singolo laboratorio o della struttura aziendale nell'ambito della quale il laboratorio è inserito

Numero degli operatori del Laboratorio Totale n°..... di cui MEDICI n°..... TECNICI n°.....
 Numero Operatori certificati SIECVI Totale n°..... di cui MEDICI n°..... TECNICI n°..... **Allegare elenco degli operatori MOD05DOCACC**
 Laboratorio Certificato ISO 9001-2015 SI NO
 È disponibile un collegamento ad internet per il personale del laboratorio? SI NO
 Il laboratorio ha conseguito in passato l'accreditamento SIECVI (già SIEC)? SI NO

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra scritto risponde al vero ai sensi delle disposizioni di legge sulla autocertificazione.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati o decadenza dei requisiti.

Sono inoltre disponibile ad accogliere la visita ispettiva di rappresentanti SIECVI e/o a fornire la documentazione necessaria per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati.

"Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. di cui al REG. EU - GDPR 2016/679 come da dettaglio in calce all'Informativa allegata".

Data Firma e timbro del Referente SIECVI del laboratorio

Firma e timbro del responsabile dell'U.O.

Firma e timbro del Direttore Sanitario

Firma e Timbro del Delegato Regionale SIECVI (nel caso in cui il Laboratorio non abbia struttura responsabile sovrastante)

L'accreditamento viene concesso se il Lab di ECV al momento della richiesta è in possesso di tutti i requisiti.

In caso di accettazione della domanda la validità dell'accreditamento è di 5 anni.

A cura della Segreteria SIECVI: Richiesta approvata Richiesta non approvata

Data Firma Coordinatore S.O. Accredimento