



ALLEGATO 2

MODULO PER LA VERIFICA DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE (OSSIGENO LIQUIDO)

Attivazione

Richiesta specifica

La ditta ha fornito sufficienti informazioni sul servizio di ossigenoterapia ed ha comunicato recapiti telefonici, orari e tempi di consegna ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Le condizioni igieniche dei contenitori criogenici di ossigeno e dei presidi necessari per la somministrazione sono ottimali ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente e i suoi familiari osservano le norme igieniche e di sicurezza quali divieto di fumo, divieto di toccare le apparecchiature ed i relativi accessori con le mani sporche di unguenti o pomate, divieto di ingrassare e/o oliare le apparecchiature di propria iniziativa, ecc ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si notano formazioni di ghiaccio sulla parete esterna del contenitore criogenico e/o sugli attacchi ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a monitorare il consumo di ossigeno liquido e a comunicare alla farmacia eventuali discrepanze tra quantità prescritta sul modulo ALLEGATO B e quantità erogata ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
In caso di necessità, sia per interventi di manutenzione ordinaria e/o straordinaria di tutte le apparecchiature, la ditta fornitrice è intervenuta con tempestività ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Il paziente o suo familiare si impegna a comunicare alla farmacia tutte le variazioni riguardanti: la variazione del domicilio, la sospensione del servizio (ricovero ospedaliero o presso altra struttura) e il termine del servizio (decesso) ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La ditta produttrice ed erogatrice di ossigeno dimostra professionalità e disponibilità nell'espletamento del servizio ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma del paziente o familiare: _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Dichiaro di avere preso atto delle dichiarazioni sopra riportate e di avere adottato gli opportuni correttivi ove necessario.

Data _____

Firma e timbro della farmacia

