



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

