

Az. Osp. Univ. Pisana	MODULO DI REGISTRAZIONE RILEVAZIONE E SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ/VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI FORNITURA SUPERFICI ANTIDECUBITO	T02/PA166 Rev.01 del 02/02/2023 Pag. 1 di 1
-----------------------	---	---

SEZIONE A: STRUTTURA ASSISTENZIALE E SUPERFICI UTILIZZATE (DA COMPILARE SEMPRE)

Stabilimento: S. Chiara <input type="checkbox"/> Cisanello <input type="checkbox"/>	Ditta fornitrice:	<input type="checkbox"/> Service Med <input type="checkbox"/> Arjo <input type="checkbox"/> Medstrom
UO/SD	Centro di costo	
Coordinatore infermieristico:	tel.:	
Tipo di dispositivo richiesto:	Nominativo <input type="checkbox"/>	Continuativo <input type="checkbox"/> Stand by <input type="checkbox"/>

SEZIONE B: RILEVAZIONE E SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITÀ (AI SENSI DEL CAPITOLATO VIGENTE)

Descrizione inadempienza	Barrare la casella di interesse
Mancata consegna, totale o parziale, del sistema per la prevenzione delle lesioni da pressione (LdP)	<input type="checkbox"/>
Ritardo nella consegna e ritiro dei sistemi per la prevenzione delle LdP	<input type="checkbox"/>
Presenza di: macchie, odori, residui, umidità, rotture e usura sui componenti del sistema per la prevenzione delle LdP	<input type="checkbox"/>
Non conformità delle caratteristiche merceologiche e della confezione del sistema per la prevenzione delle LdP	<input type="checkbox"/>
Mancata presenza dell'attestato, e relativa etichetta autoadesiva, dell'avvenuta sterilizzazione, ove richiesta	<input type="checkbox"/>
Mancato rispetto dei requisiti igienici dei contenitori di trasporto	<input type="checkbox"/>
Mancata reperibilità responsabile del servizio	<input type="checkbox"/>
Comportamento non corretto da parte dei dipendenti	<input type="checkbox"/>
Sospensione del servizio	<input type="checkbox"/>
Altri casi di disservizi o violazioni documentate relative a mancata o errata esecuzione di quanto prescritto nel CSA e nell'offerta	<input type="checkbox"/>

SEZIONE C: VALUTAZIONE TRIMESTRALE DEL SERVIZIO FORNITO^{1 3}

Modalità di richiesta/dismissione informatica o tramite call center	1 2 3 4 5
Tempistica nella consegna del dispositivo richiesto	1 2 3 4 5
Qualità del dispositivo consegnato	1 2 3 4 5
Efficacia del dispositivo sul paziente	1 2 3 4 5
TOTALE:	
GIUDIZIO COMPLESSIVO ⁴ :	insufficiente <input type="checkbox"/>
	sufficiente <input type="checkbox"/>
	buono <input type="checkbox"/>
	ottimo <input type="checkbox"/>

Data/...../.....

Firma del Coordinatore Infermieristico o suo delegato

.....

¹ In caso di utilizzo dei presidi di entrambe le ditte aggiudicatrici della fornitura, le schede da compilare per la valutazione trimestrale devono essere una per ciascuna.

³ Indicare un valore da 1 (scarsa qualità del servizio) a 5 (ottima qualità del servizio).

⁴ Il giudizio complessivo dovrà essere così calcolato: **insufficiente** (se il totale è uguale o inferiore a 8), **sufficiente** (se il totale è compreso tra 9 e 12), **buono** (se il totale è compreso tra 13 e 16), **ottimo** (se il totale è compreso tra 17 e 20).