

VERBALE DI ISPEZIONE

Denominazione	
Titolare	
	Nato a _____ il _____
Sede Legale	
Sede operativa	
Natura giuridica	

L'anno 2022, il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____, i sottoscritti

funzionari del Servizio in intestazione, si sono recati presso la FARMACIA sopra specificata al fine di verificare il possesso dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi (“Nota Tecnica ad Interim aggiornata all’8 novembre 2020 recante “Esecuzione dei test diagnostici nello studio dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Medicina Generale” dell’Istituto Superiore di Sanità”) necessari all’espletamento dei test antigenici rapidi nell’ambito dell’emergenza epidemiologica da coronavirus.

Si dà atto che la suddetta attività ispettiva straordinaria è eseguita in conformità alla Deliberazione della Giunta Regionale 06/04/2021 n. 557 (pubblicata sul BURP n. 52 del 13/04.2021) recante “Indirizzi operativi in materia di attività di Sorveglianza Epidemiologica – Gestione di casi e focolai di SARS-COV-2 ed esecuzione test SARS-COV-2 nella Regione Puglia (Paragrafo 9 punto h), alla Deliberazione della Giunta Regionale 01/02/2021 n. 157 (pubblicata sul BURP n. 23 del 15/02.2021) “Accordo regionale per l’esecuzione dei test rapidi antigenici per la rilevazione di antigenesars-cov-19 tramite le farmacie convenzionate pubbliche e private, nell’ambito dell’emergenza epidemiologica da coronavirus” e in relazione all’Elenco delle Farmacie autorizzate all’esecuzione dei test ANTIGENICI RAPIDI per la ricerca del SARS-CoV-2/COVID-19 (DGR n.557/2021 – DD n.151/2021).

Alla costante presenza di _____
in qualità di _____, identificato a mezzo di _____,

si è proceduto alla verifica dei requisiti previsti rilevando quanto segue:

DOTAZIONE PERSONALE		Possesso di formazione specifica	
Farmacista/operatore sanitario individuato per l'esecuzione dei test			
Nominativo	Qualifica	SÌ	NO
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REQUISITI STRUTTURALI - ORGANIZZATIVI	SÌ	NO
Presenza nell' Elenco delle farmacie autorizzate all'esecuzione dei test ANTIGENICI RAPIDI per la ricerca del SARS-CoV-2/COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se non presente nell'elenco, possesso esito istruttoria rilasciato dalla Regione Puglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viene richiesto documento di identità in corso di validità associato a tessera sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modulo relativo al consenso informato e rispetto del trattamento dei dati personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I test sono eseguiti all'interno della farmacia, in spazio dedicato e separato da quelli destinati alla attività ordinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di percorsi dedicati, in via esclusiva, all'ingresso e all'uscita 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Adeguata ventilazione naturale negli spazi destinati all'esecuzione dei tamponi 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Presenza impianto di aerazione nello spazio dedicato all'esecuzione dei tamponi 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I test sono eseguiti all'interno della farmacia durante l'orario di chiusura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I test sono eseguiti in ambiente esterno e adiacente alla farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I test sono eseguiti in apposito locale compreso nel perimetro della pianta organica della farmacia a distanza non inferiore a 200 m da altra farmacia esistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I test sono eseguiti a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocollo delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misure di pulizia e sanificazione degli spazi dedicati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carrello o idoneo supporto per il materiale pulito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contenitore separato per lo smaltimento dei rifiuti sanitari infettivi categoria B (UN 3291)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ASL Bari

PugliaSalute

Contratto con ditta specializzata e autorizzata al ritiro e allo smaltimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto informatico per la registrazione dell'esecuzione del test e del relativo risultato nel sistema informativo regionale "IRIS Puglia"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPI (mascherina FFP2/FFP3, guanti monouso, camice chiuso o camice/grembiule monouso idrorepellente, calzari, schermo facciale/occhiali protettivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni

Dichiarazioni della parte

Di quanto sopra è stato redatto il presente verbale di ispezione in numero due copie di cui una viene consegnata alla parte e una conservata agli atti dei verbalizzanti.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra.

LA PARTE

I VERBALIZZANTI



REGIONE
PUGLIA