

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.

con socio unico



CERTIFICAZIONE SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA

Sede legale: via dei Mille n. 35, 00185 - Roma

Tel. 06/87462891 – certificazioni@cersoi.it

C.F. / P.IVA : 07111811001

QUESTIONARIO OCULISTICA

Sezione 1 – Identificazione del cliente

Ragione sociale:

Responsabile (o Direttore Sanitario):

Indirizzo:

Città:

C.A.P.

Tel.

Fax.

E-mail

Socio SOI?

si no

Sedi secondarie:

(indicare indirizzo e ragione sociale)

Il cliente è interessato alla certificazione anche per le sedi secondarie?

si no

(barrare la casella che interessa)



Sezione 2 – Attività da certificare

- Attività diagnostica, terapeutica, riabilitativa non chirurgica
- Chirurgia Oculistica
- Chirurgia Refrattiva con laser ad eccimeri

Sezione 3 – Tipo di certificazione richiesta

- CERSOI - Conformità della struttura e qualità di percorso del paziente ¹⁾
- CERSOI - Conformità della struttura ²⁾
- CERSOI - Qualità di percorso del paziente ³⁾
- ISO 9001:2015 ⁴⁾

¹⁾: certificazione rilasciata a strutture che gestiscono in sede l'intero percorso del paziente (indagine pre-operatoria – atto chirurgico – dimissione – follow up) e la relativa documentazione (cartella clinica) e che comprendono nel proprio organico tutti i medici oculisti che operano presso la struttura.

²⁾: certificazione rilasciata a strutture che forniscono in “service” le proprie risorse tecnologiche ad oculisti esterni.

³⁾: certificazione rilasciata ad oculisti che operano presso strutture in possesso di una delle certificazioni di cui alle note precedenti ma che non fanno parte dell'organico di dette strutture e che gestiscono in proprio la documentazione relativa al percorso del paziente.

⁴⁾: certificazione rilasciata alle strutture di cui alle note 1) e 2) e agli studi che effettuano attività diagnostica, terapeutica, riabilitativa non chirurgica, strutture sanitarie in genere.

Sezione 4 – Autorizzazioni e certificazioni

Autorizzazioni e accreditamenti ottenuti: _____

Eventuale certificazione già in possesso del cliente: _____

Le informazioni documentate richieste dalla norma sono:(da compilare solo se si sta richiedendo la certificazione ISO 9001)

complete

in fase di realizzazione

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ S.O.I. S.r.l.
con socio unico



Il Sistema di Gestione della Qualità è applicato da:
(da compilare solo se si sta richiedendo la certificazione ISO 9001)

data _____ non ancora applicato

Sezione 5 – Planimetria (solo per strutture)

Indicare, ove applicabile, il numero e la metratura, anche approssimativa, dei seguenti locali:

▪ camera operatoria	n° _____	m ² _____
▪ attesa paziente	_____	_____
▪ locale laser	_____	_____
▪ servizi	_____	_____

Sarebbe opportuno allegare al presente documento la planimetria completa della struttura con metratura e destinazione di ogni locale, anche divisa in fogli A4.

Sezione 6 – Personale Medico (solo per strutture)

Indicare il numero di medici oculisti che operano presso la struttura:

▪ in organico	_____
▪ esterni	_____

Indicare i nomi dei medici che dovranno essere menzionati sul certificato limitatamente ai casi presi in considerazione ai punti 1) e 4) della sezione 3 – Tipo di certificazione richiesta.

Sezione 7 - Altro personale (solo per strutture)

Indicare il numero di personale impiegato nel settore:

▪ Infermieristico	_____
▪ Tecnico	_____
▪ Amministrativo	_____
▪ Altro	_____

Sezione 8 - Informazioni generali (ove applicabile):

a) Tipo di anestesia praticato: topica locale loco- regionale generale

b) Numero medio di interventi per anno: < 100 fino a 500 fino a 1.000 oltre 1.000

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico



- c) Numero massimo di ore di utilizzo giornaliero della sala operatoria _____
- d) Numero di giorni a settimana di utilizzo della sala operatoria _____
- e) Frequenza di sanificazione della sala operatoria _____
- f) Anno di costruzione o ricondizionamento del laser _____
- g) Il laser è di utilizzo esclusivo della struttura? SI NO
- h) Il laser è stabilmente presente presso la struttura? SI NO
- i) Utilizzo del consenso informato S.O.I.: SI NO
- j) Utilizzo del registro operatorio: SI NO

Compilato da _____ Qualifica _____ Data _____

Dichiaro di aver preso visione del regolamento CERSOI relativo alla certificazione richiesta.

Autorizzo la Cersoi S.r.l. al trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 30 giugno 2003, n° 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma _____

Nota: la certificazione CERSOI è subordinata al regolare possesso delle autorizzazioni di legge.