

Ufficio Standard e Controllo

PROCEDURA UFFICIO STANDARD e CONTROLLO

In riferimento all'organizzazione aziendale, afferente all'Area Operativa Regionale è individuato l'ufficio Standard e Controllo.

La presente procedura ha lo scopo di affrontare e/o verificare eventuali problematiche nascenti nella sfera che concerne le Postazioni S.U.E.S. 118 sul territorio siciliano, che riguardano il personale, i mezzi e le attrezzature.

Tale procedura si applica a tutti gli Operatori.

Il personale assegnato all'ufficio Standard e Controllo svolge l'attività di verifica, solo ed esclusivamente su indicazione del Direttore dell'Area Operativa Regionale e/o del Presidente della S.E.U.S.

Si occupa di:

- verificare la coerenza dell'attività interna all'Area Operativa Regionale svolta con quanto richiesto nel Contratto di Servizio vigente;
- evidenziare eventuali criticità presso le postazioni/ambulanze 118;
- evidenziare le mancate segnalazioni da parte delle postazioni 118 di danni ai mezzi;
- elaborare report bimestrali sull'andamento delle attività di monitoraggio.

Tutte le attività sono riscontrate al richiedente, per gli eventuali seguiti di attivazione delle procedure disciplinari.

Modalità operativa

A seguito di avvenuta attivazione, il personale preposto si reca sul posto e conclusa la verifica compila i moduli allegati alla presente di:

- Relazione;
- Check-List.

Gli stessi sottoscritti insieme al personale in turno, sono trasmessi al richiedente dal personale dell'ufficio Standard e Controllo.

Palermo, li 23/01/2023

NUE 112 Sicilia
Area Operativa Regionale 118
Il Direttore



Ufficio Standard e Controllo

**RELAZIONE
STANDARD e CONTROLLO**

Targa ABZ: _____

Provincia: _____

Postazione: _____

In data _____ alle ore _____ il sottoscritto _____ n° Tesserino _____
e il sottoscritto _____ n° Tesserino _____ in assegnazione all'ufficio Standard e
Controllo incardinato sotto l'Area Operativa Regionale, in presenza dell'equipaggio SEUS formato da:

A/S (nome cognome) _____ n° Tesserino _____

A/S (nome cognome) _____ n° Tesserino _____

RISCONTRA

A/S (Firma) _____ n° Tesserino _____

A/S (Firma) _____ n° Tesserino _____

**Resp. Proc.
Ufficio Standard e Controllo**

Check list e Reperti fotografici n. _____ sono parte integrante della presente.

Sede Legale: Via Caduti senza Croce n. 28 – 90146 Palermo

Registro delle Imprese di Palermo

Codice Fiscale e Partita Iva. 05871320825

presidenza@118sicilia.it – siciliaemergenza@cgn.legalmail.it

www.118sicilia.it

CHECK-LIST

DATA: <input type="text"/>	AUTISTA SOCCORRITORE:	N° TESSERINO
TURNO:	AUTISTA SOCCORRITORE:	N° TESSERINO
TARGA ABZ:	INFERMIERE/MEDICO:	N° TESSERINO
TIPO ABZ: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSB <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> AM		

A	CONTROLLO MECCANICO
<input type="checkbox"/> Carburante	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Olio motore	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Liquido freni	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Liquido radiatore	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Pneumatici (stato)	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Ruota di scorta	<input type="checkbox"/> Min <input type="checkbox"/> Med <input type="checkbox"/> Max
B	CONTROLLO ELETTRICO
<input type="checkbox"/> Luci di posizione	Note:
<input type="checkbox"/> Luci anabbaglianti	Note:
<input type="checkbox"/> Luci abbaglianti	Note:
<input type="checkbox"/> Luci stop posteriori	Note:
<input type="checkbox"/> Luci retromarcia	Note:
<input type="checkbox"/> Freccie anteriori	Note:
<input type="checkbox"/> Freccie posteriori	Note:
<input type="checkbox"/> Fari posteriori di carico	Note:
<input type="checkbox"/> Faro brandeggiante	Note:
<input type="checkbox"/> Lampeggianti	Note:
<input type="checkbox"/> Sirena	Note:
<input type="checkbox"/> Luci vano guida	Note:
<input type="checkbox"/> Luci vano sanitario	Note:
C	DOTAZIONI VANO GUIDA
<input type="checkbox"/> Km ABZ	Note:
<input type="checkbox"/> Kit di scacco completo	Note:
<input type="checkbox"/> Chiave smontaggio ruote e crick	Note:
<input type="checkbox"/> Kit riparazione pneumatico con compressore 12V	Note:
<input type="checkbox"/> Radio veicolare	Note:
<input type="checkbox"/> Radio portatile + caricabatteria	Note:
<input type="checkbox"/> Tablet	Note:
<input type="checkbox"/> Telefono cellulare	Note:
<input type="checkbox"/> Fogli viaggio	Note:
<input type="checkbox"/> Scheda rifornimento carburante	Note:
<input type="checkbox"/> Scheda fiscale carburante	Note:
<input type="checkbox"/> Multicard	Note:
<input type="checkbox"/> Buoni carburante	Note:
<input type="checkbox"/> Scheda sanitaria 118	Note:
<input type="checkbox"/> Carta di circolazione	Note:
<input type="checkbox"/> Assicurazione	Note:
<input type="checkbox"/> Navigatore satellitare	Note:
<input type="checkbox"/> Estintore	Note:
<input type="checkbox"/> 3 Caschi	Note:
<input type="checkbox"/> Catena da neve	Note:
<input type="checkbox"/> Inverter	Note:
<input type="checkbox"/> Lampada portatile alta intensità	Note:
<input type="checkbox"/> Paletta segnalazione	Note:
<input type="checkbox"/> 2 riduttori di pressione con manometro per bombole da litri 7	Note:
<input type="checkbox"/> Telepass	S/N Note:

D	DOTAZIONI VANO SANITARIO
<input type="checkbox"/> 2 Bombole Ossigeno da lt 7	
<input type="checkbox"/> 2 Bombole Ossigeno da lt 2	
<input type="checkbox"/> 1 Scalda fluidi	
<input type="checkbox"/> 2 Zaini Urgenze	
<input type="checkbox"/> 1 Respiratore Aut. Fisso	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Respiratore Aut. Portatile con bombola	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Aspiratore fisso	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Aspiratore portatile	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Defibrillatore Semiautomatico (A)	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Defibrillatore Manuale	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Monitor ECG + Cavi	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Monitor Multiparametrico + Accessori	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Pompa Inf. Doppia Siringa	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Saturimetro + Cavo	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Rilevatore Glicemia	
<input type="checkbox"/> 1 Laringoscopio 3 Lame (A-CMR) <input type="checkbox"/> 1 Laringoscopio 4 Lame	
<input type="checkbox"/> 1 Sedia portantina con cinghie	
<input type="checkbox"/> 1 Kit Ferri Chirurgici	
<input type="checkbox"/> 1 Apribocca	
<input type="checkbox"/> 1 Fonendoscopio	
<input type="checkbox"/> 1 Sfigmomanometro Adulto	
<input type="checkbox"/> 1 Sfigmomanometro Pediatrico	
<input type="checkbox"/> 1 Pallone Ambu con reservoir adulto	
<input type="checkbox"/> 1 Pallone Ambu con reservoir pediatrico	
<input type="checkbox"/> 1 Spremi Sacca	
<input type="checkbox"/> 1 Farmacapo completo	
<input type="checkbox"/> 1 Kit Collari (n. 3)	
<input type="checkbox"/> 1 Kit Collari regolabili (n. 2)	
<input type="checkbox"/> 1 kit ustioni	
<input type="checkbox"/> 1 kit maxiemergenza (braccialetti vari colori per codice triace)	
<input type="checkbox"/> 1 Ked	
<input type="checkbox"/> 1 Set stecche rigide	
<input type="checkbox"/> 1 Set stecche rigide a depressione + pompa	
<input type="checkbox"/> 1 Materasso a depressione + pompa	
<input type="checkbox"/> 1 Telo portaferiti	
<input type="checkbox"/> 1 Forbice di Robin	
<input type="checkbox"/> 1 Contenitore rifiuti	
<input type="checkbox"/> 1 Barella autocaricante con cinghie	
<input type="checkbox"/> 1 Barella cucchiaio con cinghie	
<input type="checkbox"/> 1 Tavola spinale completa di Ragno	
<input type="checkbox"/> 1 Barella Italiana con cinghie	
<input type="checkbox"/> Coperta	
<input type="checkbox"/> Frigo portatile + cavetto	
<input type="checkbox"/> 1 Estintore	
<input type="checkbox"/> 1 zaino pediatrico	
<input type="checkbox"/> 1 Scatolo contenimento farmaci	
<input type="checkbox"/> 1 Immobilizzatore esterno bacino	
<input type="checkbox"/> 1 Immobilizzatore atraumatico pediatrico e neonatale	
<input type="checkbox"/> 1 Trapano per punture intraosseo	
<input type="checkbox"/> 2 Manicotto a pressione per amputazione arto superiore ed inferiore	
<input type="checkbox"/> 1 Rianimatore automatico monouso	
<input type="checkbox"/> 1 Ecografo portatile	S/N
<input type="checkbox"/> 1 Forbice di robin	
<input type="checkbox"/> 2 Gorgogliatori completi di flussimetro attacco innesto rapido	
<input type="checkbox"/> 1 Sfigmomanometro a parete	
<input type="checkbox"/> 1 Lampada portatile alta intensità	
<input type="checkbox"/> 1 Lampada scialitica	
<input type="checkbox"/> 1 Misuratore pressione digitale	
<input type="checkbox"/> 1 Kit di Sicurezza da utilizzare in caso di rischio contaminazione batteriologica:	
<input type="checkbox"/> 4 Maschere monouso	
<input type="checkbox"/> 4 Occhiali monouso	
<input type="checkbox"/> 4 Camici monouso	
<input type="checkbox"/> 4 Cuffie monouso	

SANIFICAZIONE VANO SANITARIO	
<input type="checkbox"/> Effettuata Sanificazione Ordinaria	ORE:
<input type="checkbox"/> Effettuata Sanificazione Ordinaria	ORE:
<input type="checkbox"/> Effettuata Sanificazione Ordinaria	ORE:
<input type="checkbox"/> Effettuata Sanificazione Ordinaria	ORE:
<input type="checkbox"/> Effettuata Sanificazione Ordinaria	ORE:

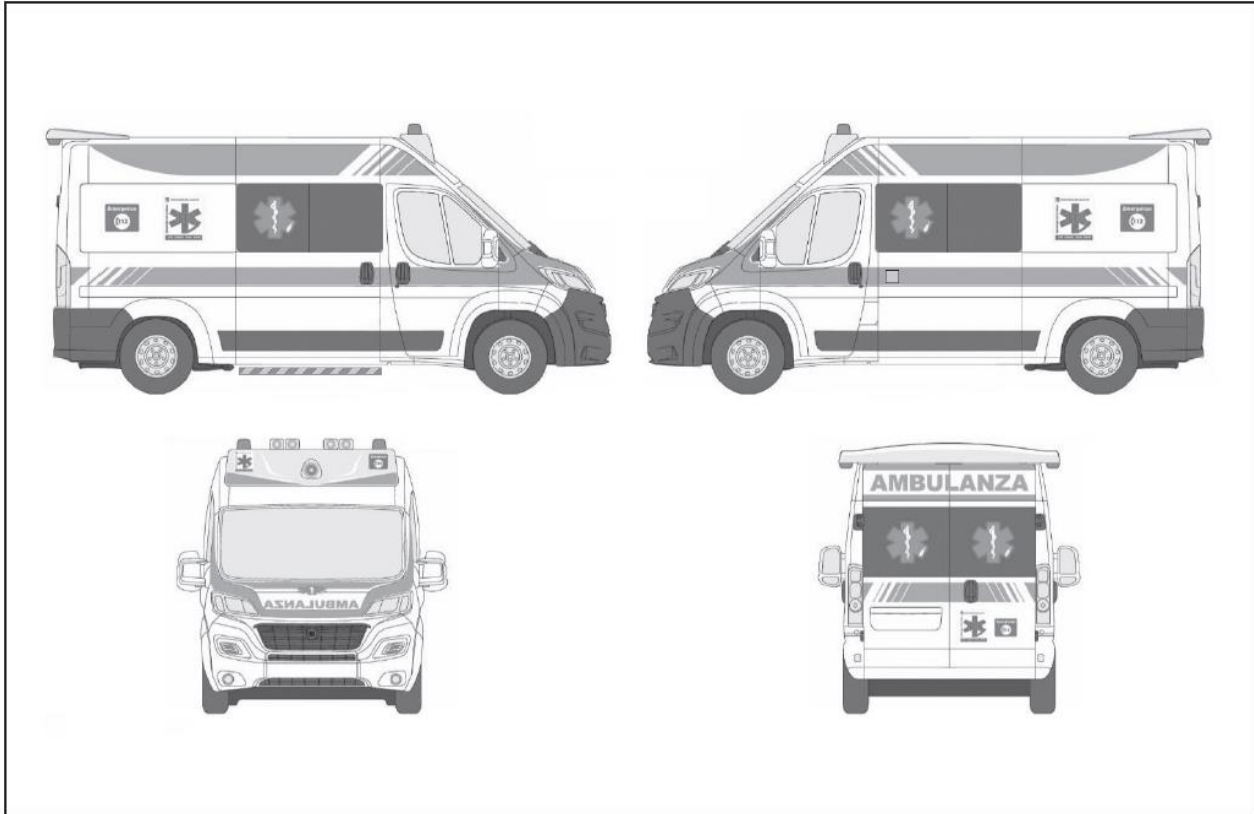
NOTE:

.....

.....

Ufficio Standard e Controllo

CONTROLLO ESTERNO DELLA CARROZZERIA DEL MEZZO
 (Segnare con una X le parti danneggiate)



N.B.: * La presente scheda deve essere compilata dall'equipaggio ad ogni inizio turno di servizio.
 * I guasti meccanici e i danni che si dovessero verificare durante il turno di servizio vanno segnalati immediatamente al Centro Operativo Regionale.

Centro Operativo Regionale:

..... N° Ticket.....

Inizio fermo tecnico	Ore
Fine fermo tecnico	Ore

Firma A/S smontante:	N° tesserino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ore - Min.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Firma A/S smontante:	N° tesserino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ore - Min.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Firma A/S montante:	N° tesserino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ore - Min.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Firma A/S montante:	N° tesserino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ore - Min.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>