

Verbale di verifica dei requisiti degli erogatori dei dispositivi protesici

In data _____ la Commissione tecnica, acquisito il fascicolo della Ditta _____ a conclusione delle verifiche amministrative effettuate dall'Ufficio Aziendale competente sulla documentazione prodotta dalla Ditta istante, procede all'accertamento per il rilascio del relativo parere. La Ditta _____ eroga dispositivi

Ortopedici Audioprotesici Ottici

Sita in Via/P.zza _____ del Comune di _____

Alla presenza ed in contraddittorio con il

Titolare Sig./Sig.ra _____

Direttore Responsabile Sig./Sig.ra _____

o altro _____ Sig./Sig.ra _____

L'accertamento è eseguito in Via:

Preventiva (a seguito di istanza di iscrizione nell'Elenco fornitori regionale di protesi, ortesi, ausili)

Ordinaria (per già iscritto nell'Elenco)

Straordinaria (per la verifica del superamento delle criticità già accertate con precedente verbale al fine di poter reintegrare nell'Elenco l'attività temporaneamente sospesa a seguito di segnalazioni pervenute dall'utenza).

La Commissione, verificata la piena corrispondenza/la non corrispondenza a quanto dichiarato nell'istanza, rilascia parere motivato:

1. **favorevole¹**
2. **sfavorevole²**
3. **favorevole con riserva³ ed eventuale richiesta di adeguamento⁴ entro il _____**

MOTIVAZIONI

NOTE ED OSSERVAZIONI VARIE

NOTE ED OSSERVAZIONI RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA

¹ Favorevole: presenza di tutti i requisiti

² Sfavorevole: assenza totale o parziale dei requisiti

³ Favorevole con riserva: presenza di situazioni non conformi ma sanabili

⁴ una volta ottemperato a quanto prescritto l'Azienda provvederà a dare comunicazione alla PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio e pc alla Commissione Tecnica che provvederà a successiva verifica

Letto confermato e sottoscritto

I verbalizzanti

Il Rappresentante della Ditta

_____ **h** _____

SCHEDA DI VERIFICA DEI REQUISITI

REQUISITI AMMINISTRATIVI E ORGANIZZATIVI	
Ragione Sociale	
Indirizzo sede legale	
Indirizzo della sede operativa/filiale oggetto di verifica	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Numero REA	
Tel./fax.	
Indirizzo PEC/e-mail	
Numero Registrazione al Ministero della Salute : ITCA prevista solamente per le strutture (sedi operative o filiali) che producono dispositivi su misura	
Data inizio attività	
Legale rappresentante	
Orario di apertura esposto al pubblico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Orario di apertura al pubblico	Lunedì : _____ Martedì : _____ Mercoledì : _____ Giovedì : _____ Venerdì : _____ Sabato : _____ Domenica : _____
Altre sedi/filiali dichiarate	
Estremi del documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività	
Sistema di gestione informatico	Software gestionale dedicato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nome e Cognome del Responsabile della procedura "percorso protesico on line"	
Implementazione di un Sistema di Qualità Aziendale (solo per i fabbricanti)	L'azienda applica il D.Lgs. 46/1997 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sistema di Qualità Aziendale facoltativo	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
- Ente certificante e n° certificato	
- Tipologia di certificazione	
- Data scadenza certificato	
Dotazione di codice etico (raccomandato)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Dotazione di carta dei servizi (raccomandato)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Fascicoli analisi dei rischi, aggiornamento alla norma vigente con revisione massima triennale (ove richiesto)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Fascicolazione tecnica dei dispositivi medici immessi in commercio (solo per fabbricanti)	E' gestita <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Archivio di 5 anni della fascicolazione (solo per fabbricanti)	E' presente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Gestione Tracciabilità Prodotto	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Registro Gestione non Conformità	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Registro Gestione sinistri/mancati sinistri	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Registro Gestione Reclami	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Registro Gestione Manutenzione Apparecchiature	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
Registro rifiuti speciali/sistema SISTRI	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente
L'azienda adempie alla normativa in materia smaltimento dei	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

rifiuti D.lgs. n° 152/2006 e s.m.i..	
Nome del Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 22)	
Titolo di Studio del Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato presente presso la sede operativa/filiale (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 23)	Tecnico Ortopedico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No R.D. 31/05/1928, n. 1334 - art. 140 R.D. 27/07/1934, n. 1265 equipollenza D.M. 14.09.1994, n. 665 G.U. 03.12.1994, n. 283)
Il Direttore Tecnico/Professionista Sanitario abilitato è presente negli orari dichiarati al pubblico (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pag. 23)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Attestazione pregressa esperienza lavorativa quinquennale maturata nel settore (solamente per il direttore tecnico) (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pagina 23)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Il nome ed il Titolo di Studio del Direttore Tecnico o Professionista Sanitario abilitato sono esposti al pubblico (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco di pagina 23)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altra figura professionale sanitaria presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registrare il Nome e il titolo	
Altra figura professionale sanitaria presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registrare il Nome e il titolo	
Organigramma aziendale esposto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registro formazione del personale (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco 2): Rendiconto annuale ECM Il personale tecnico assolve all'obbligo della formazione continua in medicina (ECM) e assolve al debito formativo, pena l'applicazione di sanzioni di cui al D.Lgs. 229/1999 e s.m.i.	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Non presente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Il Direttore Tecnico è in regola ECM? (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso e di serie di cui all'elenco 2)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gli Operatori Sanitari sono in regola con i crediti ECM?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O.	Polizza n: Compagnia:
Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Polizza n: Compagnia:
Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Polizza n: Compagnia:
Personale e personale tecnico/sanitario è adeguato alla tipologia e volume di prestazioni come previsto dalla normativa regionale e dichiarato nell'istanza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Personale e personale tecnico/sanitario opera in nome e per conto dell'azienda con rapporto di lavoro esclusivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Personale e personale tecnico/sanitario presente durante l'intero orario di apertura della sede operativa o se filiale per 4 ore per 3 volte a settimana coerentemente con gli orari esposti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Per le rilevazioni a domicilio dell'utente o presso strutture ospedaliere, extra-ospedaliere e/o territoriali effettuate durante l'orario di apertura al pubblico è garantita la presenza di altra unità di tecnico abilitato? (non richiesto per gli erogatori di soli prodotti monouso)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE

In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno,	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato)	
E' presente un'area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti e che consente il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente un'area o locale dedicato alla presa in carico del paziente o spazio attrezzato per tale attività che sia comunque ben distinto e separato dall'area di aspetto e che garantisca la tutela della riservatezza degli assistiti.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco dispositivi su misura.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco ausili specialistici.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente un locale laboratorio in misura e spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei banchi lavoro e comunque: a. non inferiore a 30 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di uno degli elenchi dei dispositivi su misura o ausili specialistici b. non inferiore a 60 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di entrambi gli elenchi dei dispositivi su misura e ausili specialistici. Per le filiali il locale laboratorio non è un requisito necessario in quanto non è presente la fase produttiva del dispositivo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente l'area magazzino: in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e componenti utili alla realizzazione dei dispositivi medici (minimo 20 mq per i soli dispositivi su misura, minimo 30 mq se trattasi dell'insieme di dispositivi di serie, predisposti e su misura). Per le filiali il magazzino, in deroga alle dimensioni minime sopra previste, può assumere una dimensione inferiore in quanto lo stoccaggio della merce è notevolmente inferiore.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente l'area spogliatoio proporzionato al numero degli operatori (minimo 3 mq).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente uno spazio/locale dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
I locali di cui ai punti 5, 6, 7 sono dedicati esclusivamente al processo erogativo delle sole protesi ortopediche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRODOTTI MONOUSO E DI SERIE DI CUI ALL'ELENCO 2 DEL DM 332/99	
Le zone di accesso agli utenti sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sono presenti le aree dedicate al contatto con i pazienti: a. Area di attesa opportunamente segnalata e distinta dall'area di erogazione; b. Area di erogazione dei presidi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
E' presente uno spazio dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

E' presente il locale magazzino che è in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e dei dispositivi medici.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

REQUISITI TECNOLOGICI STRUTTURE DI EROGAZIONE DI DISPOSITIVI ORTOPEDICI SEDI OPERATIVE		
ELENCO FAMIGLIE DI PRESIDI PER CUI È STATA RICHIESTA L'AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE	TUTTE LE FASI DI REALIZZAZIONE SONO SVOLTE DALLA DITTA	ELENCO ATTREZZATURE MINIME RICHIESTE PER PRODUZIONE ESTERNALIZZATA Dichiarazione sostitutiva da parte di altra ditta con indicazione del/dei macchinari, numero/i di serie e schede tecniche (indicare le fasi esternalizzate, la ditta esterna, i macchinari, n. serie, allegare scheda tecnica)
Ortesi podaliche e rialzi 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	<input type="checkbox"/> podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione per plantari) o apparecchio multifunzione <input type="checkbox"/> smerigliatrice a nastro <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> forno per termoformatura <input type="checkbox"/> pistola termica <input type="checkbox"/> trapano a mano <input type="checkbox"/> seghetto alternativo	<p>-podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</p> <p>- utensileria idonea</p> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/>No</p> <p>Macchinari: _____ _____ _____</p>
Calzature ortopediche predisposte 06.33.03 calzature ortopediche di serie	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> banco di finissaggio <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione) <input type="checkbox"/> macchina da cucire a torre o a braccio <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<p>-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</p> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/>No</p> <p>Macchinari: _____ _____</p>
Calzature ortopediche su misura 06.33.06 Calzature ortopediche su misura	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> banco di finissaggio <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione) <input type="checkbox"/> macchina da cucire a torre o a braccio <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<p>-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</p> <p>- utensileria idonea</p> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/>No</p> <p>Macchinari: _____ _____</p>
Ortesi per arto inferiore 06.12.06 Ortesi caviglia-piede 06.12.09 Ortesi ginocchio 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede 06.12.15 Ortesi anca 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> smerigliatrice a nastro <input type="checkbox"/> smerigliatrice a nastro <input type="checkbox"/> forno per termoformatura <input type="checkbox"/> tronchese/ trancia per ferro <input type="checkbox"/> macchina per cucire <input type="checkbox"/> macchina per cucire a torre o a braccio <input type="checkbox"/> trapano a colonna <input type="checkbox"/> impianto saldatura qualora attività non esternalizzata <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione)	<p>-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</p> <p>- utensileria idonea</p> <p>Ditta contrattualizzata: _____</p> <p>Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/>Si <input type="checkbox"/>No</p> <p>Macchinari: _____</p>

		<hr/> <hr/> <hr/>
Ortesi per arto superiore 06.06.03 Ortési per dita 06.06.06 Ortési per mano 06.06.09 Ortési per polso (avambraccio) 06.06.12 Ortési per polso-mano 06.06.13 Ortési per polso-mano-dita 06.06.15 Ortési per gomito 06.06.18 Ortési per gomito-polso 06.06.19 Ortési per gomito-polso-mano 06.06.21 Ortési per spalla 06.06.24 Ortési per spalla-gomito 06.06.27 Ortési per spalla-gomito-polso 06.06.30 Ortési per spalla-gomito-polso-mano	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> smerigliatrice a nastro <input type="checkbox"/> vacuum (impianto di decompressione) <input type="checkbox"/> forno per termoformatura <input type="checkbox"/> macchina da cucire <input type="checkbox"/> macchina da cucire a torre o a braccio <input type="checkbox"/> trapano a colonna <input type="checkbox"/> utensileria idonea	-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea Ditta contrattualizzata: <hr/> Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: <hr/> <hr/> <hr/>
Presidi addominali 03 12 03 Cinghie erniarie 03 12 06 Ventriera e cinti erniari	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> macchina da cucire industriale cucitura lineare e zig-zag <input type="checkbox"/> utensileria idonea	-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea Ditta contrattualizzata: <hr/> Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: <hr/> <hr/> <hr/>
Ortesi spinali 06 03 03 Ortési sacro-iliache 06 03 06 Ortési lombosacrali 06 03 09 Ortési toraco-lombo-sacrali 06 03 12 Ortési cervicali 06 03 15 Ortési cervico-toraciche 06 03 18 Ortési cervico-toraco-lombo-sacrali	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> macchina da cucire <input type="checkbox"/> forno elettrico per termoformatura <input type="checkbox"/> seghetto oscillante <input type="checkbox"/> banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam <input type="checkbox"/> trapano a colonna <input type="checkbox"/> smerigliatrice a nastro <input type="checkbox"/> banco di finissaggio <input type="checkbox"/> utensileria idonea	-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - seghetto oscillante - utensileria idonea Ditta contrattualizzata: <hr/> Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: <hr/> <hr/> <hr/>
Protesi di arto superiore e inferiore 06.18.03 Protési parziali di mano e dita 06.18.06 Protési di disarticolazione di polso 06.18.09 Protési trasradiali 06.18.12 Protési per disarticolazioni del gomito 06.18.15 Protési transomerale 06.18.18 Protési per disarticolazione di spalla 06.18.21 Protési per amputazione di spalla 06.24.03 Protési parziali di piede e dita 06.24.06 Protési di disarticolazione di caviglia 06.24.09 Protési transtibiali 06.24.12 Protési per disarticolazioni di ginocchio 06.24.15 Protési trans femorali 06.24.18 Protési per emipelvectomia 06.27 Protési cosmetiche e non funzionali di arto inferiore	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> impianto di decompressione per laminazione <input type="checkbox"/> smerigliatrice a braccio inclinato <input type="checkbox"/> allineatore meccanico o laser <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> spianatrice <input type="checkbox"/> trapano a colonna <input type="checkbox"/> macchina per cucire <input type="checkbox"/> banco stilizzazione gesso o attrezzatura Cad Cam	-attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - utensileria idonea Ditta contrattualizzata: <hr/> Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: <hr/> <hr/> <hr/>
Sistemi di postura su misura 18.09.39 Unità posturali	<input type="checkbox"/> sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure <input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	-sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure - attrezzatura di supporto al rilievo morfologico - seghetto oscillante

	<input type="checkbox"/> macchina da cucire <input type="checkbox"/> forno elettrico per termoformatura <input type="checkbox"/> seghetto oscillante <input type="checkbox"/> banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam <input type="checkbox"/> trapano a colonna <input type="checkbox"/> utensileria idonea smerigliatrice a nastro smerigliatrice a braccio e/o albero inclinato	- utensileria idonea Ditta contrattualizzata: _____ Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: _____ _____ _____
Ausili per la deambulazione e carrozzine 03 Ausili per terapia e addestramento 03.48 Ausili per rieducazione movimento, forza, equilibrio 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane 09 Ausili per la cura e la protezione personale 12 Ausili per la mobilità personale 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia 12.18 Biciclette 12.21 Carrozzine 12.24 Accessori per carrozzine 12.27 Veicoli 12.36 Ausili per sollevamento 19.09 Ausili per la posizione seduta	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> area di almeno 10 mq destinata alla sanificazione e riparazione di presidi specialisti in esiti a ricondizionamento e riparazione	Ditta contrattualizzata: _____ Dichiarazione sostitutiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Macchinari: _____ _____ _____

REQUISITI TECNOLOGICI STRUTTURE DI EROGAZIONE DI DISPOSITIVI ORTOPEDICI FILIALI

ELENCO FAMIGLIE DI PRESIDI PER CUI È STATA RICHiesta L'AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE	TUTTE LE FASI DI REALIZZAZIONE SONO SVOLTE A CARICO DELLA SEDE OPERATIVA	
Ortesi podaliche e rialzi 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	<input type="checkbox"/> podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> pistola termica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Calzature ortopediche predisposte 06.33.03 Calzature ortopediche di serie	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Calzature ortopediche su misura 06.33.06 Calzature ortopediche su misura	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ortesi per arto inferiore 06.12.06 Ortesi caviglia-piede 06.12.09 Ortesi ginocchio 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede 06.12.15 Ortesi anca 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ortesi per arto superiore 06.06.03 Ortesi per dita 06.06.06 Ortesi per mano 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio) 06.06.12 Ortesi per polso-mano 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita 06.06.15 Ortesi per gomito 06.06.18 Ortesi per gomito-polso 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano 06.06.21 Ortesi per spalla 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano		
Presidi addominali 03 12 03 Cinghie erniarie 03 12 06 Ventriere e cinti erniari	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ortesi spinali 06 03 03 Ortesi sacro-iliache 06 03 06 Ortesi lombosacrali 06 03 09 Ortesi toraco-lombo-sacrali 06 03 12 Ortesi cervicali 06 03 15 Ortesi cervico-toraciche 06 03 18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Protesi di arto superiore e inferiore 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso 06.18.09 Protesi transradiali 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito 06.18.15 Protesi transomerale 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia 06.24.09 Protesi transtibiali 06.24.12 Protesi per disarticolazioni di ginocchio 06.24.15 Protesi trans femorali 06.24.18 Protesi per emipelvectomia 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sistemi di postura su misura 18.09.39 Unità posturali	<input type="checkbox"/> sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure <input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> utensileria idonea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ausili per la deambulazione e carrozzine 03 Ausili per terapia e addestramento 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane 09 Ausili per la cura e la protezione personale 12 Ausili per la mobilità personale 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia 12.18 Biciclette 12.21 Carrozzine 12.24 Accessori per carrozzine 12.27 Veicoli 12.36 Ausili per sollevamento 19.09 Ausili per la posizione seduta	<input type="checkbox"/> attrezzatura di supporto al rilievo morfologico <input type="checkbox"/> banchino di supporto ausili <input type="checkbox"/> utensileria idonea <input type="checkbox"/> Area di almeno 10 mq destinata alla sanificazione e riparazione di presidi specialisti in esiti a ricondizionamento e riparazione <input type="checkbox"/> materiali d'uso idonee allo svolgimento dell'intervento tecnico detergenti sanificati certificati ed autorizzati dal ministero della Salute ed in conformità alle leggi in materia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Letto, confermato e sottoscritto
I componenti della Commissione

Data _____