

Denominazione **SVP (STATO VEGETATIVO PERMANENTE)**

Denominazione struttura:

Indirizzo della struttura: via n°

Cap. Comune Pr

Altri recapiti della struttura: telefono fax

e-mail

Nome e cognome del responsabile della struttura:

Denominazione ente gestore:

Indirizzo ente gestore: via n°

Cap. Comune Pr

Altri recapiti ente gestore: telefono fax

e-mail

Natura giuridica ente gestore: Comune singolo

Comune associato

Ente morale/fondazione

Azienda pubblica

IPAB

Cooperativa sociale

Associazione

Privato religioso

Altro (specificare)

Nome e Cognome del direttore/responsabile dell'Ente Gestore:

La struttura è in possesso di certificazione di qualità? Si No In corso

Se sì, di che tipo di certificazione si tratta?

Riportare la data del rilascio:

__/__/__

Indicare nome e cognome del compilatore
della scheda:

Data di compilazione

Tasso annuo posti letto occupati:

A19 Il servizio presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione
riportata nella classificazione del manuale di attuazione DGR (2501/04)?

Si No

A19.1 Se sì, a cosa fanno riferimento queste incongruenze (barrare con una crocetta la
voce o le voci che interessano)?

Finalità del servizio

Tipologia di utenza accolta

Capacità ricettiva

A19.2 Riportare una breve descrizione

SVP (STATO VEGETATIVO PERMANENTE)**REQUISITI STRUTTURALI**

- **Riportare le seguenti informazioni circa le dimensioni delle camere da letto:**

Quante sezioni ci sono composte di nuclei?			
Quanti posti letto ci sono per nucleo?			
Ci sono nuclei con più di 2 posti letto?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono nuclei con meno di 2 posti letto?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono sezioni con meno di 4 posti letto ?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono sezioni con più di 10 posti letto?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono stanze singole?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono stanze doppie?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono stanze triple?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono stanze con più di 4 letti?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono camere con 1 posto letto la cui superficie è minore di 12 mq?	si	no	(Se si) Quante?
Ci sono camere con 1 posto letto la cui superficie è maggiore di 12 mq?	si	no	(Se si) Quante?

Inserire il numero totale dei servizi igienici

Quanti dei servizi igienici sono collegati ai luoghi comuni?

Riportare il numero di servizi igienici per il personale e locale spogliatoio

Quanti posti letto ci sono?

Quanti letti sono orientabili con sponte?

Quanti letti hanno materasso antidecubito?

Quanti posti letto presentano una carrozzina speciale a schienale alto abbattibile e pedana abbattibile?

Quanti nuclei ci sono?

Quanti carrelli per l'emergenza ci sono?

Quanti defibrillatori con cardioscopio ci sono?

Quante ambu ci sono?

Quante cannule tracheotomiche ci sono?

Quanti sondini per brocoaspirazione ci sono?

Quanti cateteri tracheali ci sono?

Quanti aspiratori elettrici ci sono?

Quante pompe per alimentazione parenterale?

La struttura è collocata in una zona residenziale?

si	no
----	----

• ***Dalla struttura è possibile raggiungere a piedi:***

fermata dell'autobus/tram

si	no
----	----

fermata della corriera

si	no
----	----

stazione ferroviaria

si	no
----	----

È facilmente raggiungibile con mezzi pubblici?

Se no quanto tempo medio ci si impiega per raggiungerlo?

si	no
----	----

SCHEDA PERSONALE SVP RIASSUNTIVA

	Dipendente tempo det./indet (specificare)	Socio/dipend. della Coop appaltatrice (specificare)	Contratto Esterno	Convenzionato con AUSL	Contratto Esterno	Convenzionato con AUSL	Personale religioso	Volontario / obiettore	Altro (specificare)
Medico									
Infermiere									
Ota									
Oss									
Oss-s									
Assistente sociale									
Psicologo									
Fisioterapista									
Podologo									
Amministr.									
Educatore									
Animatore									

