



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E
DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

SEZIONE 2.1

Deve essere compilata a cura del referente aziendale indicato nella sezione 2 del presente questionario per ciascun Ospedale/Presidio Ospedaliero Pubblico/Struttura Sanitaria Privata Accreditata erogante prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario di cui alla risposta 6.1 e 6.2

1. Denominazione

Indirizzo.....

Pubblico Privato Accreditato

2a. Numero totale di U.O. di area chirurgica

2b. Numero di U.O. di area chirurgica che utilizzano la Checklist

3. E' stato individuato un coordinatore responsabile della Checklist? SI NO

E' utilizzata una Checklist specifica per:

4a. **Pediatria** SI NO NON APPLICABILE

4b. **Oculistica** SI NO NON APPLICABILE

4c. **Ostetricia** SI NO NON APPLICABILE