

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

1 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI STRUTTURALI

AMBPA01.AU.1.0	Per le strutture che svolgono attività sanitaria di procreazione assistita di primo livello, in aggiunta ai requisiti per gli ambulatori specialistici è presente:				
AMBPA01.AU.1.0.1	- un locale per la preparazione del campione seminale e l'esecuzione di tecniche di crioconservazione Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBPA01.AU.1.0.2	- sala chirurgica adeguata per il prelievo degli ovociti (ricambio d'aria di 6 vol./ora, umidità del 30-60%, temperatura di 24°C, pareti lavabili, impianti elettrici corrispondenti alle norme CEI 64-4, lampada scialitica, carrello per l'emergenza) Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBPA01.AU.1.0.3	- camera biologica/laboratorio per l'esecuzione delle tecniche biologiche, possibilmente contigua alla sala chirurgica (dotata di pareti lavabili e ricambio d'aria di 6 vol./ora) Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
AMBPA01.AU.1.0.4	- sala per il trasferimento dei gameti e/o embrioni (questa sala può coincidere anche con la sala chirurgica e/o con la sala di esecuzione delle prestazioni prevista per il 1° livello) Termine di adeguamento: I mesi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

2 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

2 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBPA01.AU.2.1	Idonea attrezzatura per l'esecuzione dello spermogramma e del test di capacitazione seminale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA01.AU.2.2	Ecografo con sonda vaginale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA01.AU.2.3	Bagnomaria termostato o incubatore a secco		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA01.AU.2.4	Centrifuga, microscopio ottico, pipettrice		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA01.AU.2.5	Cappa a flusso laminare		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPA01.AU.2.6	Apparecchio per dosaggi ormonali rapidi (o collegamento funzionale con laboratorio di analisi cliniche)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

2 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI TECNOLOGICI

AMBMA01.AU.2.7	Sala chirurgica:				
AMBMA01.AU.2.7.1	- ecografo con sonda vaginale con ecoguida		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBMA01.AU.2.7.2	- pompa per aspirazione dei follicoli		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBMA01.AU.2.7.3	- incubatore a CO2, invertoscopio, microscopio ottico, stereomicroscopio, bagnomaria termostato di precisione o incubatore a secco, centrifuga, phmetro, pipettrice, frigorifero, congelatore.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

3 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBMA01.AU.3.1	Presenza di un medico specialista in ginecologia e/o fisiopatologia della riproduzione, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte, che assicuri anche competenza in seminologia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
		in alternativa, la competenza in seminologia è assicurata da un biologo o da un andrologo			

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

3 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBMA01.AU.3.2	Disponibilità, qualora necessaria, di consulenza in andrologia ed endocrinologia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi	<hr/> da garantire tramite sottoscrizione di specifico accordo con medici specialisti in materia				
AMBMA01.AU.3.3	Disponibilità di consulenza psicologica alla coppia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi	<hr/> (opzionale)				
AMBMA01.AU.3.4	Per le strutture che svolgono attività sanitaria di procreazione assistita di secondo e terzo livello, in aggiunta ai requisiti previsti per il primo livello:				
AMBMA01.AU.3.4.1	- presenza di una sala chirurgica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBMA01.AU.3.4.2	- presenza di un medico specialista in ginecologia e/o fisiopatologia della riproduzione, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte, che assicuri competenza in ecografia, endocrinologia, andrologia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBMA01.AU.3.4.3	- presenza di un biologo o di un medico che assicuri competenza in seminologia, colture cellulari, tecniche di fecondazione in vitro,		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
		Indicatori di risultato			

3 AMBULATORIO di PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI PRIMO, SECONDO E TERZO LIVELLO - REQUISITI ORGANIZZATIVI

AMBPM01.AU.3.4.4	- e' garantita la presenza di un medico anestesista nella fase del prelievo ovocitario		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					
AMBPM01.AU.3.4.5	- e' assicurata la consulenza genetica e psicologica della coppia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Termine di adeguamento: I mesi					

I requisiti strutturali e impiantistici non devono essere presi in considerazione nelle seguenti situazioni: 1. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione 2. strutture già esistenti alle quali è stato autorizzato ampliamento/trasferimento/ristrutturazione 3. strutture già esistenti il cui progetto è stato approvato negli ultimi 5 anni