



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ATTIVITA' DI CHIRURGIA GENERALE

RECOVERY ROOM

La Recovery room è un ambiente idoneo all'assistenza e al trattamento del paziente che è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in regime ordinario o day surgery, fino al recupero delle funzioni vitali o della coscienza. L'attività della area risveglio si svolge prevalentemente nelle ore diurne.

Ambiente previsto nelle nuove strutture con progetto approvato dai Comuni territorialmente competenti dopo il 2010

REQUISITI STRUTTURALI		SI	NO
1.	E' collocata in zona adiacente alle sale operatorie		
2.	E' costituita da un modulo minimo di 4 pl		
3.	E' previsto un ambiente di degenza, con caratteristiche strutturali, tecnologiche, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda degenze.		

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
4.	L'impianto di climatizzazione garantisce le condizioni igrotermiche previste per la sala operatoria ed indicate nell'apposita scheda.		
5.	Sono assicurati:		
	a. un efficiente sistema di illuminazione indiretta		
	b. un adeguato numero di prese elettriche		
	c. impianto gas medicali (Ossigeno e Vuoto)		

REQUISITI TECNOLOGICI		SI	NO
6.	Sono presenti:		
	a. Il sistema di monitoraggio dei parametri cardiocircolatori e della <u>SPO2</u> periferica.		
	b. Monitor Defibrillatore		
	c. l'aspiratore per broncoaspirazione		
	d. pompe da infusione		
	e. strumentazione gestione vie aeree		
	f. sistema per la ventilazione meccanica e ossigenoterapia		
	g. barelle adeguate con tre snodi, regolabile in altezza, radiotrasparenti, con sponde e con asta porta flebo, con ruote piroettanti con freno.		
	h. dispositivi per la movimentazione del paziente		
	i. Sistema riscaldamento /raffreddamento paziente		

REQUISITI ORGANIZZATIVI		SI	NO
7.	E' previsto un anestesista responsabile delle attività		
8.	Il numero degli infermieri è rapportato ai volumi e alla tipologia delle attività		
9.	Le condizioni cliniche del paziente risultano adeguatamente documentate		
10.	Sono definiti i criteri e procedure per il trasferimento del paziente nel reparto di provenienza o in terapia intensiva/semintensiva		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____
N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ATTIVITA' DI CHIRURGIA GENERALE

RECOVERY ROOM

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____
N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ATTIVITA' DI CHIRURGIA GENERALE

RECOVERY ROOM

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____
N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ATTIVITA' DI CHIRURGIA GENERALE

RECOVERY ROOM

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____
N. _____