

|                                                   |                                                                                                                                   |                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Residenza<br>Sanitaria<br>Assistenziale<br>Torino | <br>SENIOR RESIDENCE<br><b>RICHIESTA D'AZIONE</b> | Cod    RGQ 05  |
|                                                   |                                                                                                                                   | Rev.        00 |
|                                                   |                                                                                                                                   | Pagina 1 di 1  |

|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>N° 02/09</b>                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>AZIONE PREVENTIVA</b>                                                                                                                                    |                                                                       | <b>X AZIONE CORRETTIVA</b>                                                 |
| <b>Riferimenti: Rapporto di non conformità 03/09 e 05/09 del servizio infermieristico</b>                                                                                            |                                                                       |                                                                            |
| <b>Causa della richiesta :</b>                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                            |
| In sede di verifica ispettiva interna si è riscontrato che su alcuni documenti viene erroneamente utilizzato il nastro correttore (bianchetto)                                       |                                                                       |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Obiettivo dell'azione:</b>                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                            |
| Raggiungere una adeguata formazione del personale del servizio interessato sulla corretta gestione della documentazione cartacea                                                     |                                                                       |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Attività da svolgere:</b>                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                            |
| Predisporre nel più breve termine possibile una riunione formativa di tutto il personale infermieristico al fine di evidenziare le modalità di compilazione e gestione dei documenti |                                                                       |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Responsabilità e tempistica:</b>                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                            |
| <b>Esecutive</b>                                                                                                                                                                     | <b>Cooperativa</b>                                                    | <b>Di controllo    DSA                      Entro il 30 settembre 2009</b> |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Data</b>                                                                                                                                                                          | <b>Emesso</b>                                                         | <b>Controllo/Approvazione</b>                                              |
| <b>23 settembre 2009</b>                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Risultato dell'Azione:</b>                                                                                                                                                        |                                                                       | <b>DATA                      FIRMA</b>                                     |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |
| <b>Verifica dell'efficacia:</b>                                                                                                                                                      |                                                                       | <b>DATA                      FIRMA</b>                                     |
| <b>Risultato:</b>                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                            |