

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

|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>N° 04/08</b>                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <input type="checkbox"/> <b>AZIONE PREVENTIVA</b>                                                                                               |                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> <b>AZIONE CORRETTIVA</b> |
| <b>Riferimenti: Richiesta di Azione Correttiva minore n. 2 di 2 da visita n. 3 del 6 e 7 dicembre 2008</b>                                      |                                                         |                                                              |
| <b>Causa della richiesta :</b>                                                                                                                  |                                                         |                                                              |
| Mancata conoscenza del personale addetto delle modalità operative previste dalla documentazione di sistema                                      |                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Obiettivo dell'azione:</b>                                                                                                                   |                                                         |                                                              |
| Avere il personale coinvolto nella somministrazione dei farmaci adeguatamente formato al fine della corretta applicazione dei processi definiti |                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Attività da svolgere:</b>                                                                                                                    |                                                         |                                                              |
| Formazione diretta del personale infermieristico da parte del direttore sanitario                                                               |                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Responsabilità e tempistica:</b>                                                                                                             |                                                         |                                                              |
| <i>Esecutive</i> <b>Cooperativa</b><br><b>servizio infermieristico</b>                                                                          | <i>Di controllo</i> <b>DSA</b>                          | <b>Entro il</b> 31 marzo 2008                                |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Data</b>                                                                                                                                     | <b>Emesso</b>                                           | <b>Controllo/Approvazione</b>                                |
| <b>05 marzo 2008</b>                                                                                                                            |                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Risultato dell'Azione:</b>                                                                                                                   |                                                         | <b>DATA</b>                                                  |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |
| <b>Verifica dell'efficacia:</b>                                                                                                                 |                                                         | <b>DATA</b>                                                  |
| <b>Risultato:</b>                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <b>FIRMA</b>                                                 |
|                                                                                                                                                 |                                                         |                                                              |