

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	MODULO DI REGISTRAZIONE RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPECIALIST AI BLOCCHI OPERATORI	T.03/RA 35 Rev. 01 Del 10/06/2019 Pag. 1 di 1
-------------------------	---	---

A:

UO Direzione Medica di Presidio

Il responsabile della UO/SD _____

Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____

Richiede l'autorizzazione all'accesso al blocco operatorio situato nello stabilimento di:

Cisanello S.Chiara

Edificio n. _____ piano _____

Per:

Cognome: _____

Nome: _____

Qualifica: _____

Ditta: _____

il giorno/i _____

per il seguente motivo: _____

A tal fine dichiara che il soggetto sopra indicato ha preso visione del "Regolamento Aziendale 35".

Data _____ Timbro e Firma _____

NB: inviare il modulo debitamente compilato e firmato al recapito: direzione.medica@ao-pisa.toscana.it oppure fax5745@ao-pisa.toscana.it oppure 050995745@faxmaker.aop.int (UO Direzione Medica di Presidio)

AUTORIZZAZIONE ACCESSO BLOCCO OPERATORIO
(a cura della U.O. Direzione Medica di Presidio)

Si autorizza l'accesso al blocco operatorio dell'informatore/specialist sopra indicato.

Tale autorizzazione, in ottemperanza al "Regolamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana per l'accesso alle sale operatorie e interventistiche" e al "Regolamento Aziendale 35, Disciplina dell'informazione scientifica e Regolamentazione accesso specialisti nell'AOUP", a cui si richiamano tutti gli operatori del Blocco per le rispettive competenze, si intende per semplice visione delle procedure e non per partecipazione attiva, astenendosi del tutto da qualsiasi manualità non solo in prossimità del campo chirurgico ma anche a livello dei tavoli madre e servitore, in fase cioè di preparazione strumentale; in particolare si ricorda l'importanza del rispetto delle norme comportamentali per contenere il rischio di infezioni post-chirurgiche.

Data _____ Timbro e Firma _____