

	MODULO RISONANZA MAGNETICA	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino
GdL Radiazioni		

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE - Azienda Sanitaria ZERO
 e-mail: radiazioni.prevenzione@aziendazero.piemonte.it

VERBALE DI ISPEZIONE SUI SITI DI RISONANZA MAGNETICA DM 14-1-2021 “Standard di Sicurezza in Risonanza Magnetica”

Rif. Verbale Ispezione N. _____

In data _____ alle ore _____ i sottoscritti:

.....

hanno eseguito sopralluogo ai sensi delle disposizioni previste dall’art. 7 del DPR 8 agosto 1994, n. 542, dalla DGR 20 dicembre 2019 n. 35-792 e dal DM 14-1-21, al fine di accertare la conformità all’installazione ed utilizzo delle apparecchiature di risonanza magnetica presso la Struttura denominata.....

Indirizzo.....Piano.....Sala Radiologica/Servizio.....

Titolare/Legale Rappresentante.....

Telefono.....Email.....

È presente al sopralluogo.....

in qualità di.....

Autorizzazione regionale (DGR3-792/19) del.....

Nota: per apparecchiature installate dall’anno 2020.

L’INAIL ha già effettuato l’ispezione al sito: SI in data..... NO

FIGURE PREPOSTE/RESPONSABILI ALL’USO DELLA RISONANZA MAGNETICA

	Cognome e nome	Qualifica/specializzazione/grado
Responsabile struttura		
Medico Responsabile della Sicurezza Clinica e dell’Efficacia Diagnostica* (MR)		
Esperto Responsabile della sicurezza* (ER)		

*Per ambedue deve esistere atto formale di accettazione di responsabilità e CV adeguato ai sensi del DM 14-1-21.

	MODULO RISONANZA MAGNETICA	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino
GdL Radiazioni		

SEZIONE 1 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE RELATIVE ALLA STRUTTURA

1	Copia della autorizzazione Regionale e Comunicazione di Avvenuta installazione (CAI)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA*
2	Planimetria a corredo delle comunicazioni suddette	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
3	Impianto elettrico			
a	Gli impianti elettrici ed i relativi componenti sono realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ai sensi della L.186/68 e DM.37/08?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
b	Verificare presenza dichiarazione di conformità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
c	É previsto un impianto illuminazione di emergenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
d	É prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica , l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi, che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-8/7 sez.710	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
4	Denuncia Impianto di Messa a Terra			
a	É presente la denuncia dell'impianto di messa a terra ai sensi del D.P.R. n. 462/2001	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
b	É presente la comunicazione all'Inail (Ex Ispesl e all'ASL o all'Organo Competente) ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. n. 462/2001	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
c	É presente copia dell'ultimo verbale di verifica periodica dell'impianto di messa a terra dell'art. 4 del D.P.R. n. 462/2001	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
5	Caratteristiche microclimatiche adeguate (sezione Sala RM)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
6	Caratteristiche illuminotecniche (Deliberazione del Consiglio Regionale 22 febbraio 2000, n. 616 – 3149) illuminamento di esercizio:			
a	- 200 – 300 – 500 lx illuminazione generale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
b	- 30 – 150 lx locali area controllo comandi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
7	Impianti speciali e vari			
a	- impianto di rilevazione incendi (DM 10/03/1998 e DM 18/09/2002 e s.m.i.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
b	- impianto idrico-sanitario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
c	- impianto controllo accessi con segnalazione di allarme	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
d	- impianti termici e di condizionamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA

*NA = NON APPLICABILE

	MODULO RISONANZA MAGNETICA	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino
GdL Radiazioni		

SEZIONE 2 – ELENCO APPARECCHIATURE RM

Apparecchio :	Marca :	Modello :	B statico (T) :
Tipo di magnete	<input type="checkbox"/> Superconduttore	<input type="checkbox"/> Resistivo	<input type="checkbox"/> Permanente
Il magnete è di tipo autoschermante (solo Total Body) ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste certificato di conformità dell'impianto elettrico ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

.....

.....

.....

Apparecchio :	Marca :	Modello :	B statico (T) :
Tipo di magnete	<input type="checkbox"/> Superconduttore	<input type="checkbox"/> Resistivo	<input type="checkbox"/> Permanente
Il magnete è di tipo autoschermante (solo Total Body) ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste certificato di conformità dell'impianto elettrico ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

.....

.....

.....

Apparecchio :	Marca :	Modello :	B statico (T) :
Tipo di magnete	<input type="checkbox"/> Superconduttore	<input type="checkbox"/> Resistivo	<input type="checkbox"/> Permanente
Il magnete è di tipo autoschermante (solo Total Body) ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste certificato di conformità dell'impianto elettrico ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

.....

.....

.....

Apparecchio :	Marca :	Modello :	B statico (T) :
Tipo di magnete	<input type="checkbox"/> Superconduttore	<input type="checkbox"/> Resistivo	<input type="checkbox"/> Permanente
Il magnete è di tipo autoschermante (solo Total Body) ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esiste certificato di conformità dell'impianto elettrico ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Osservazioni

.....

.....

.....

	MODULO RISONANZA MAGNETICA	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino
GdL Radiazioni		

SEZIONE 5 - MISURE DI SICUREZZA - INFORMAZIONE e FORMAZIONE PER I LAVORATORI

1	È presente e consultabile nel sito il Regolamento di Sicurezza (RdS)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
2	Il DVR per i rischi legati alla RM riporta in allegato la valutazione dei rischi per i CEM redatta dall'esperto responsabile o il RdS adottato nel sito RM?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
		Note:.....		
3	Il Regolamento di Sicurezza è redatto dall'ER e dal MR e controfirmato da DDL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
4	Il Regolamento di Sicurezza contempla procedure da seguire in caso di emergenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
5	Quali emergenze sono contemplate (quench, incendio, presenza di oggetti ferromagnetici, accesso d'urgenza in sala magnete a gradienti accesi, emergenza medica)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
6	E' affisso nel sito un estratto del RdS così come previsto dal DM 14-1-21?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
7	Il personale addetto alle pulizie appartiene a ditta esterna ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
8	Tale personale è informato in merito ai rischi lavorativi connessi in tale sito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
9	L'informazione e la formazione del personale sono state registrate e sono verificabili?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA

SEZIONE 6 – SORVEGLIANZA MEDICA DEI LAVORATORI

1	Modalità e periodicità della sorveglianza medica istituita per i lavoratori da parte del Medico Responsabile della sorveglianza medica : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
2	È stata approntata una scheda medica nella quale siano riportati i controlli periodicamente espletati per confermare la idoneità allo svolgimento dell'attività lavorativa specifica? Prevede la somministrazione di un questionario anamnesi specifico per i rischi legati ai CEM?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA

Osservazioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 <p>GdL Radiazioni</p>	<p>MODULO RISONANZA MAGNETICA</p>	<p>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO</p> <p>Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino</p>
--	--	---

SEZIONE 7 – SORVEGLIANZA FISICA E MEDICA DEI PAZIENTI

1	Il Medico Responsabile ha istituito procedure operative/istruzioni di lavoro per la corretta esecuzione degli esami?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
2	Sono utilizzati dispositivi ausiliari per il monitoraggio dei parametri vitali del paziente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
3	Tali dispositivi sono compatibili con l'apparecchio RM (vedasi etichettature) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
4	Il Medico Responsabile ha steso protocolli per il pronto intervento sul paziente in caso di emergenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
5	È garantito il contatto audio e/o video con il paziente durante l'esame ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
6	I pazienti e i volontari che accedono in sala magnete sono preventivamente intervistati e informati in merito a rischi e controindicazioni (mediante apposito modulo conforme all'appendice 1 del DM 14.01.2021; verificare l'esistenza dello stesso nelle cartelle dei pazienti)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
7	Il modulo compilato è visionato e firmato dal medico operante nel sito ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
8	In caso di pazienti in stato di gravidanza sono valutate eventuali alternative all'esame ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
9	Vengono eseguiti esami su pazienti portatori di dispositivi impiantabili attivi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
a	Se SI esiste un modello organizzativo? Prendere nota e copia del modello organizzativo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
10	Il personale si accerta, prima dell'ingresso in sala magnete del paziente, che questi non porti oggetti di materiale ferromagnetico (forcine per capelli – monete - make up facciale - lenti a contatto .) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
a	In che modo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
11	Sono disponibili e utilizzate protezioni auricolari per il paziente durante l'esame ? Di che tipo ? <input type="checkbox"/> tappi monouso <input type="checkbox"/> cuffie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA

Osservazioni

.....
.....
.....

	MODULO RISONANZA MAGNETICA	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino
GdL Radiazioni		

SEZIONE 8 – CONTROLLI DI QUALITA' APPARECCHIATURA RM

1	L'ER e il MR hanno redatto un protocollo per l'esecuzione dei controlli di qualità della R.M.?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
2	Quali sono i protocolli e/o le norme di riferimento utilizzate per i controlli di qualità dell'apparecchiatura? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
3	Esistono e sono consultabili i risultati dei controlli?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
4	I risultati dei controlli di qualità contengono giudizio e firma dell'Esperto Responsabile e del Medico Responsabile?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
5	Modalità e periodicità dei controlli di qualità sono conformi alle prescrizioni dell'Esperto Responsabile e in ossequio ai disposti del DM 14.01.2021?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
6	L'ER ha redatto un protocollo per l'esecuzione dei controlli di sicurezza della R.M., nel rispetto delle frequenze delle prove previste dagli standard di sicurezza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
7	Prendere visione dei controlli di sicurezza effettuati riportando data ultimo controllo anno: <input type="checkbox"/> Sensore Ossigeno Data: <input type="checkbox"/> Ventilazione di emergenza Data: <input type="checkbox"/> Gabbia di Faraday Data:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
8	Se esiste un contratto con Ditta esterna per i controlli di sicurezza e/o qualità, riportare le modalità e periodicità dei controlli concordati con tale ditta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		
9	L'esperto responsabile visiona e controfirma con parere l'esito dei controlli eseguiti da ditta esterna?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
10	Esiste contratto di manutenzione con una ditta esterna?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA
a	In caso affermativo indicare il nome della ditta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Note:.....		

Osservazioni

.....

	<p>MODULO RISONANZA MAGNETICA</p>	<p>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE Azienda Sanitaria ZERO</p> <p>Costituita con D.P.G.R. 18/02/2022 n. 9 Codice Fiscale / P.I. 12685160017 Sede legale: Via San Secondo, 29 bis – 10128 Torino</p>
<p>GdL Radiazioni</p>		

Documentazione Acquisita:

- []
- []
- []
- []

Parere conclusivo :

- Da quanto verificato e sopra descritto **NON** si rilevano criticità
- Da quanto verificato si rilevano le seguenti criticità:

.....

- Richiesta documentazione aggiuntiva:

.....

Eventuali Provvedimenti / Disposizioni:

- Conforme
- non conforme
- conforme con disposizioni

Risultanze – Conclusioni

.....

I presenti sottoscrivono quanto sopra