

Attività sanitarie svolte dalla farmacia diverse dalla dispensazione di medicinali

Le domande contrassegnate con asterisco sono obbligatorie; La compilazione deve possibilmente essere effettuata DAL DIRETTORE della farmacia. Al termine della compilazione generare il Pdf e allegarlo alla "COMUNICAZIONE per l'esercizio dell'attività di farmacia - ATTIVITA' SANITARIE IN FARMACIA" che deve essere presentata su Accesso Unitario. Si raccomanda di utilizzare Chrome per la corretta generazione del pdf. Questo va scaricato al termine della compilazione.

DATI FARMACIA

Selezionare i dati relativi alla farmacia ricercandoli nei punti da 2 a 15 suddivisi per territorio

1. Si tratta di prima compilazione o di aggiornamento dei dati? *

Se trattasi di aggiornamento, questo sostituisce integralmente il precedente

☐ Prima compilazione

☒ Aggiornamento dei dati

2. **Selezionare propria farmacia (Piacenza città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



3. **Selezionare propria farmacia (Piacenza provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



4. **Selezionare propria farmacia (Parma e Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



5. **Selezionare propria farmacia (Reggio Emilia - città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



6. **Selezionare propria farmacia (Reggio Emilia - Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

103 AUSL REGGIO EMILIA CASALGRANDE ...



7. **Selezionare propria farmacia (Modena - città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



8. **Selezionare propria farmacia (Modena provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



9. **Selezionare propria farmacia (Bologna città)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



10. **Selezionare propria farmacia (Bologna provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



11. **Selezionare propria farmacia (Imola e circondario)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



12. **Selezionare propria farmacia (Ferrara e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



13. **Selezionare propria farmacia (Romagna - Ravenna e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



14. **Selezionare propria farmacia (Romagna Forlì-Cesena e provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



15. **Selezionare propria farmacia (Romagna - Rimini e Provincia)**

Scegliere da menù a tendina la propria farmacia

Seleziona la risposta



16. **Inserire nominativo del compilatore e quello della Farmacia ***

Inserire nome e cognome e ruolo del compilatore (meglio se nella persona del Direttore) e denominazione farmacia

Alberto Fontana, legale rappresentante e direttore di Farmacia Salvaterra di Fontana Dr Alberto & C s.a.s.

17. **Tipologia di prestazione Attività sanitaria ***

Barrare le prestazioni di interesse

- ☒ 1. Prestazioni analitiche di prima istanza (di seguito **test autodiagnostici**)
- ☒ 2. Test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare (di seguito **"test diagnostici professionali"**)
- ☒ 3. Prestazioni erogabili con dispositivi strumentali utilizzabili in Farmacia (di seguito **"dispositivi strumentali"**)
- ☒ 4. Prestazioni professionali di carattere sanitario (di seguito **"prestazioni professionali"**)
- ☒ 5. Attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e altre prestazioni (di seguito **"FarmaCUP"**)
- ☒ 6. Test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare e orofaringeo (di seguito **"tamponi"**)
- ☐ 7. Vaccinazioni effettuabili in farmacia (di seguito **"vaccinazioni"**)
- ☐ 8. **Altre attività sanitarie**
- ☐ 9. **Non applicabile (nessuna attività)**

18. **Test autodiagnostici ***

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- ☒ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- ☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- ☐ Locale esterno di altra farmacia
- ☒ Box minimo 6 mq.
- ☐ Farmacia chiusa
- ☐ Spazio in deroga

☐ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

19. **Test diagnostici professionali ***

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

☐ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.

☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare

☐ Locale esterno di altra farmacia

☒ Box minimo 6 mq.

☐ Farmacia chiusa

☐ Spazio in deroga

☐ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

20. **Dispositivi strumentali ***

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

☒ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.

☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare

☐ Locale esterno di altra farmacia

☒ Box minimo 6 mq.

☐ Farmacia chiusa

☐ Spazio in deroga

☐ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

21. **Prestazioni professionali** *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- ☒ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- ☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- ☐ Locale esterno di altra farmacia
- ☐ Box minimo 6 mq.
- ☐ Farmacia chiusa
- ☐ Spazio in deroga
- ☐ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

22. **Tamponi** *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- ☒ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- ☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- ☐ Locale esterno di altra farmacia
- ☐ Box minimo 6 mq.
- ☐ Farmacia chiusa
- ☐ Spazio in deroga

☐ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

23. **Vaccinazioni** *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

☐ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.

☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare

☐ Locale esterno di altra farmacia

☐ Farmacia chiusa

☐ Spazio in deroga

☒ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

24. Altre attività sanitarie *

(Rispondere se al punto 17 è stata selezionata l'opzione) - Indicare dove è svolta la prestazione oppure se non è applicabile

- ☐ Locale interno alla farmacia minimo 9 mq.
- ☐ Locale esterno alla farmacia minimo 9 mq di cui sono titolare
- ☐ Locale esterno di altra farmacia
- ☐ Box minimo 6 mq.
- ☐ Farmacia chiusa
- ☐ Spazio in deroga
- ☒ non applicabile (per i casi in cui l'attività non viene svolta)

25. Una delle attività indicate prevede la permanenza del cittadino in farmacia per più di 40 minuti? *

- ☐ sì
- ☒ no

26. Se alla domanda 25, si è risposto "sì", si dispone di un servizio igienico appositamente predisposto dedicato agli utenti?

- ☐ sì
- ☐ no

Requisiti previsti al punto 3 della DGR 247/2024

compilare i quesiti sottostanti (quesiti a risposta multipla)

27. REQUISITI GENERALI *

Selezionare i casi che ricorrono

- ☒ La farmacia espone nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni sanitarie disponibili e di professionisti che svolgono le prestazioni.
- ☐ La farmacia espone all'esterno della farmacia i corrispettivi richiesti a fronte delle prestazioni stesse.
- ☐ Nessuno dei casi sopra indicati

28. REQUISITI PROCEDURALI E ORGANIZZATIVI DI ORDINE GENERALE *

Selezionare i casi che ricorrono

- ☐ La farmacia è dotata di un **documento** che descrive i compiti e le responsabilità dei professionisti sanitarie e degli eventuali operatori socio-sanitari a supporto (non affiancamento) di questi ultimi nel rispetto degli specifici profili professionali;
- ☒ La farmacia è dotata del **Documento di Valutazione del Rischio** (DVR);
- ☒ La farmacia è dotata di **procedure/istruzioni operative** per assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni;
- ☐ La farmacia è dotata del **documento "DUVRI" - Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti**
- ☐ Nessuno dei casi sopra indicati

29. REQUISITI STRUTTURALI, IGIENICO-SANITARI E PROCEDURALI, DETTAGLIATI IN RELAZIONE ALLE DIVERSE PRESTAZIONI *

Selezionare i casi che ricorrono

- ☒ Accesso e percorsi fruibili a pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione

- ☐ Spazio di attesa adeguatamente arredato, con numero di posti a sedere commisurato alla tipologia e ai volumi di attività.
- ☒ Presenza degli elementi descritti al punto: **"Il locale e/o il box** devono essere dotati di";
- ☒ Presenza delle caratteristiche di aero-illuminazione descritte
- ☐ Nessuno dei casi sopra indicati

30. **CARATTERISTICHE LOCALE VACCINAZIONI** *

- ☐ Dotazione carrello/borsa di emergenza adeguatamente rifornito
- ☐ Dotazione idonea seduta per il cittadino
- ☐ Professionista sanitario che esegue la vaccinazione avente attestato di partecipazione al corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation) e a conoscenza del sito ove sia collocato un defibrillatore.
- ☒ Nessuno dei casi sopra indicati

Privacy e creazione del modello in pdf da allegare all'istanza di Accesso Unitario

31. **Dichiaro di avere letto e di approvare l'informativa relativa al trattamento:** <http://www.regione.emilia-romagna.it/privacy> *

Opzione obbligatoria, compilazione necessaria

- ☒ Ho letto ed approvato

32. **Una volta effettuata la compilazione, stampare il**

questionario ed allegarlo all'istanza di Accesso Unitario *

Opzione obbligatoria, compilazione necessaria



Ho preso visione dell'indicazione e mi impegno a stampare il file in pdf e ad allegarlo all'istanza che presento sulla piattaforma Accesso Unitario



Microsoft 365

Questo contenuto è creato dal proprietario del modulo. I dati inoltrati verranno inviati al proprietario del modulo. Microsoft non è responsabile per la privacy o le procedure di sicurezza dei propri clienti, incluse quelle del proprietario di questo modulo. Non fornire mai la password.

Microsoft Forms | Indagini, quiz e sondaggi alimentati dall'intelligenza artificiale [Crea un modulo personalizzato](#)

[Privacy e cookie](#) | [Diritto alla protezione dei dati personali sanitari dei consumatori](#) | [Condizioni per l'utilizzo](#) | [Accessibilità](#)