## VERBALE ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESTERNO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si è svolta una verifica delle prestazioni erogate nel periodo **I**□**II**□**III**□**IV**□**TRIMESTRE anno\_\_\_\_\_** dallo Stabilimento ospedaliero pubblico/privato convenzionato**“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**secondo quanto previsto dal Piano di controllo delle prestazioni sanitarie vigente.

Erano presenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Rappresentanti Ente controllato(nominativo e qualifica): | Rappresentanti Ente controllore(nominativo e qualifica): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

La struttura ospedaliera controllata ha presentato **la documentazione attestante l’attività di controllo interno**. Si è proceduto, quindi, alla verifica tramite la revisione delle seguenti cartelle cliniche (almeno n. 5):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anno / Numero progressivo della SDO | Tipologia di prestazione sottoposta a controllo | Esito del controllo interno (Report SDO - codice CVPS) | Convalida dell’esito del controllo |
|  | A.3.1.1 |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  | … |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |
|  |  |  | [ ]  No [ ]  Si |

Successivamente il Comitato Misto ha effettuato il controllo esterno secondo quanto previsto dalla DGR n. 1489/2019 e dal vigente Piano dei Controlli.

Eventuali note da inserire a verbale:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Il presente verbale è costituito da n. \_\_\_ pagine (di cui n. \_\_\_ pagine di allegati) sottoscritte singolarmente e deve essere inviato/consegnato all’Ente controllato e al CVPSR.

**Firme dei componenti del gruppo di verifica**