



Monitoraggio del rispetto della normativa di divieto di fumare negli ambienti sanitari

Check list per il controllo ambientale del divieto di fumo in Azienda

Regione: _____ ASL: _____

Accertatore: _____ (*specificare*) Interno Esterno

Data: __/__/____ ora inizio: __:__ ora fine: __:__

Zona di vigilanza:

Ospedale Dipartimento: _____ Unità Operativa: _____

Servizi territoriali Dipartimento: _____ Unità Operativa: _____

Amministrazione (non inclusa nelle due voci precedenti) Dipartimento: _____ Unità Operativa: _____

Presenza cartelli regolamentari che indicano il divieto di fumo? SI NO

▶ nei locali principali SI NO

▶ nei locali interni SI NO

▶ visibilità cartelli SI NO

▶ integrità cartelli SI NO

Locale visitato <small>(segnare con X il locale visitato)</small>	Durante la visita, hai notato una o più persone fumare?	Ci sono posacenere nel locale?	Ci sono mozziconi di sigaretta per terra?	Come definiresti il livello di odore di fumo di sigaretta?
<input type="checkbox"/> Uffici amministrativi/segreteria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatori	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Studio medico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stanze per degenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sala attesa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spogliatoi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cucina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mensa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Punti di ristoro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Servizi igienici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aree di passaggio (scale, corridoi, zona timbratura...)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro locale (specificare) ----- -----	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro locale (specificare) ----- -----	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Pesante <input type="checkbox"/>