



.....
Pieczęć ośrodka składającego wniosek

.....
miejsowość, data

**Przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Biuro Zarządu AISN PTK**

**WNIOSEK O PRYZNANIE AKREDYTACJI AISN PTK
DLA PRACOWNI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ KLASY**

A

B

C

1. Nazwa Pracowni:.....
.....
2. Nazwa jednostki w skład której wchodzi Pracownia:.....
.....
3. Adres:.....
.....
4. Adres strony internetowej (jeśli posiada):.....
5. Telefon:.....; Fax:.....; E-mail:.....
6. Kierownik pracowni:
- a. adres do korespondencji:.....
- b. telefon:.....; fax:.....; e-mail:.....
- c. rok ukończenia studiów:
- d. rok uzyskania specjalizacji z kardiologii:
- e. dr n. med.: rok...../miejsce:.....
dr hab. med.: rok...../miejsce:.....
prof. med.: rok...../miejsce:.....
- f. liczba wykonanych PCI:

g. odbyte najważniejsze staże w zakresie kardiologii inwazyjnej: gdzie? kiedy?

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

7. Tryb udzielania świadczeń:

- w dni robocze
 całodobowo, 7 dni w tygodniu

8. Personel zatrudniony w Pracowni (liczba):

- a. samodzielni operatorzy kardiologii inwazyjnej:
b. diagności:
c. pielęgniarki:
d. technicy rtg:

9. Kardioangiograf:

- a. nazwa:..... rok produkcji:
b. typ archiwizacji: video/film 35mm/cyfrowy; DICOM: tak/nie
c. posiadane systemy angiografii ilościowej: nazwa:.....
on-line / off -line

10. Polifizjograf:

- a. nazwa..... b) rok produkcji:

11. Pompa do kontrapulsacji wewnątrzortralnej (IABP):

- a. nazwa:..... b) rok produkcji:

12. Ultrasonograf wewnątrznaczyniowy (IVUS):

- a. nazwa..... b) rok produkcji:

13. Aparat do pomiaru cząstkowej rezerwy wieńcowej (FFR)

- a) nazwa:..... b) rok produkcji:

14. Dostępność w lokalizacji:

- echokardiograf
 anestezjolog
 respirator

15. Działalność w roku poprzednim i 2 lata wstecz:

	2 lata wstecz	W roku poprzednim
Koronarografia		
PCI		
Leczenie inwazyjne OZW		
Zabiegi z IVUS i/lub FFR		

IVUS – ultrasonografia wewnątrzwieńcowa, FFR – cząstkowa rezerwa wieńcowa

16. Inne procedury wykonywane w Pracowni w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed data złożenia wniosku:

- przezskórne zamykanie ubytków wewnątrzsercowych (ASD, VSD, PFO):
- przezcewnikowe wszczepienie protezy zastawki aortalnej (TAVI) i/lub protezy płucnej (PAVTI):
- walwuloplastyka mitralna i/lub aortalna i/lub płucna:
- przezskórne zamykanie uszka lewego przedsionka:
- przezskórne zamykanie przecieków okołozastawkowych:
- zakładanie klipsu mitralnego i/lub inne przezskórne metody leczenia niedomykalności mitralnej:
- przezskórne zamykanie PDA u dorosłych:
- angioplastyka tętnic obwodowych (stentowanie tętnic szyjnych, podobojczykowych, nerkowych, biodrowych, udowych, podkolanowych i tętnic poniżej kolana – łączna liczba):
- wszczepienie stentgraftów aortalnych:
- angioplastyka koarktacji aorty:
- wszczepienie filtra do żyły głównej dolnej:
- przezskórna embolektomia tętnic płucnych w zatorowości płucnej:
- terapia komórkowa w niewydolności serca:

17. Współpracujący ośrodek referencyjny kardiologii inwazyjnej (dotyczy tylko pracowni klasy A i B):

- a) nazwa:
- b) lokalizacja w obrębie tego samego miasta
- c) lokalizacja w obrębie innego miasta - odległość w kilometrach:

18. Współpracujący ośrodek kardiochirurgiczny:

- a) nazwa:
- b) lokalizacja w obrębie tego samego szpitala
- c) lokalizacja w obrębie tego samego miasta
- d) lokalizacja w obrębie innego miasta - odległość w kilometrach:

Potwierdzam, że dane w ankiecie są zgodne ze stanem faktycznym,

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Pracowni

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora Jednostki