**Wykaz procedur TAVI**do wniosku o certyfikat samodzielnego operatora TAVI AISN PTK

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko operatora:** |  |
| **Dane Pracowni Kardiologii Inwazyjnej w Ośrodku TAVI:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zabiegu** | **Data zabiegu** | **Numer księgi zabiegowej** | **Samodzielnie: I operator [x]** | **Samodzielnie: II operator [x]** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |

 *Prosimy o wykazanie od 20 do 50 zabiegów TAVI,* ***wykonanych samodzielnie*** *jako 1. lub 2. operator*

|  |
| --- |
| **Poświadczam zgodność powyższego wykazu procedur TAVI** |
| **Data** | **Podpis Kierownika Pracowni Kardiologii Inwazyjnej** |