|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kandydat:** |  |  |
| Imię, nazwisko, tytuł naukowy |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Numer telefonu kontaktowego: |  |
| E-mail: |  |
| ………………..………………………………………  miejscowość, data  **Przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych**  **Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego**  **Biuro Zarządu AISN PTK** | | |
| **WNIOSEK O NADANIE TYTUŁU SAMODZIELNEGO OPERATORA TAVI AISN PTK** | | |

Zwracam się z uprzejmą prośbą o nadanie tytułu Samodzielnego Operatora TAVI Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dla:

…………………………………………………………….………………………………………………………

Oświadczam, że zgłoszony kandydat wykonał pod nadzorem proktora oraz samodzielnie łącznie …………………

zabiegów TAVI i spełnia wszystkie wymogi niezbędne do uzyskania uprawnień samodzielnego operatora.

………………………………………………………… …………………………………………………………

*Podpis i pieczęć kandydata Podpis i pieczęć Kierownika Pracowni*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lista załączników:** | |
| □ | Potwierdzenie szkoleń dla używanych systemów TAVI |
| □ | Wykaz procedur TAVI wykonanych pod nadzorem proktora oraz samodzielnie jako pierwszy lub drugi operator, poświadczony podpisami Kandydata i Kierownika Pracowni |

**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** |