



.....  
Pieczęć ośrodka składającego wniosek

.....  
miejsowość, data

**Przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych  
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego  
Biuro Zarządu AISN PTk  
ul. T. Kościuszki 43, 30-114 Kraków**

**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 wewnątrzortalnej (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
- anesteziolog
- respirator

15. Działalność w roku poprzednim i 2 lata wstecz:

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

IVUS – ultrasonografia wewnątrzwieńcowa, FFR – cząstkowa rezerwa wieńcowa

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

- przeszskórne zamykanie ubytków wewnątrzsercowych (ASD, VSD, PFO) (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- przecewnikowe wszczepienie protezy zastawki aortalnej (TAVI) i/lub protezy płucnej (PAVTI) (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- walwuloplastyka mitralna i/lub aortalna i/lub płucna (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- przeszskórne zamykanie uszka lewego przedsionka (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- przeszskórne zamykanie przecieków okołozastawkowych (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- zakładanie klipsu mitralnego i/lub inne przeszskórne metody leczenia niedomykalności mitralnej (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- przeszskórne zamykanie PDA u dorosłych (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- angioplastyka tętnic obwodowych (stentowanie tętnic szyjnych, podobojczykowych, nerkowych, biodrowych, udowych, podkolanowych i tętnic poniżej kolana – łączna liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- wszczepienie stentgraftów aortalnych (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- angioplastyka koarktacji aorty (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- wszczepienie filtra do żyły głównej dolnej (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- przeszskórna embolektomia tętnic płucnych w zatorowości płucnej (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....
- terapia komórkowa w niewydolności serca (liczba zabiegów w ostatnich 12 miesiącach): .....

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*