

Data ricezione a cura della Segreteria SIECVI _____

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO VOLONTARIO
DEI LABORATORI DI ECOGRAFIA CARDIOVASCOLARE (ECV) II° LIVELLO**

ATTENZIONE: se non si possiede un accreditamento di 1° livello in corso di validità è necessario accludere al presente anche il questionario di 1° livello!

REQUISITI per accedere al questionario

- Il laboratorio possiede accreditamento SIECVI per il 1° livello in corso di validità? SI NO
- Oltre al Responsabile certificato in Ecografia Cardiovascolare Generale, nella struttura lavora almeno 1 altro operatore in possesso di una certificazione SIECVI in corso di validità? (*Generale o Vascolare o Pediatrica*) SI NO
- Almeno uno dei due operatori certificati è un cardiologo? SI NO
- Il responsabile o altro operatore del gruppo è certificato SIECVI per la/le specialità richieste? SI NO

Occorre risposta affermativa a tutti i quesiti per continuare la compilazione

STRUTTURA (Azienda - P.O. - Dip. o U.O.).....

INDIRIZZO CITTA'

TEL FAX E-MAIL

RESPONSABILE LABORATORIO: COGNOME.....NOME

DENOMINAZIONE LABORATORIO (*facoltativa*).....

Per quale specialità di desidera chiedere l'Accreditamento di II livello?

ETE STRESS VASCOLARE PEDIATRICA ETE CON STRUTTURALE

REQUISITI GENERALI

Per conseguire l'Accreditamento di 2° livello è necessario possedere TUTTI i requisiti generali

CODICE	ORGANIZZAZIONE	ESISTENZA
RQOR1	Il laboratorio di ECV ha un volume di attività di ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA \geq 1500 esami/anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQOR 2	Il laboratorio di ECV esegue almeno una tipologia di esami di Specialità (ETE, Stress; Vascolare, Pediatrico)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQOR 3	Sono presenti nel laboratorio almeno 2 cardiologi con certificazione di competenza SIECVI di cui almeno 1 con certificazione nella specialità pratica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
STRUTTURA		
RQST 1	Vengono utilizzate almeno 2 delle seguenti modalità: TDI, 3D, strain, speckle tracking?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST 2	Il laboratorio di ECV è collocato (o con essa collegato) all'interno di una struttura ospedaliera o universitaria o a carattere scientifico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST 3	Viene svolta attività di insegnamento, training per certificazione SIECVI e ricerca (<i>pubblicazioni di settore e/o studi SIECVI</i>) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST 4	È disponibile un archivio digitale adeguato a volumi e tipologia di attività?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST 5	Nel laboratorio di ECV sono presenti infermieri dedicati o sonographer?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROCESSO		
RQPS 1	I processi della propria organizzazione sono esplicitati con apposite procedure e istruzioni operative (<i>accettazione, refertazione, archiviazione, consegna referto</i>) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQPS 2	È definito il modulo per il consenso informato del paziente per l'esecuzione di ETE, Ecostress, Ecocontrasto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRODOTTO		
RQPR 1	Esiste una richiesta di esecuzione dell'esame con motivazioni specifiche e riferimenti clinico-strumentali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VERIFICA E CONTROLLO QUALITA'		
RQVC 1	Sono definite Linee Guida di riferimento del Laboratorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQVC 2	Sono definiti valori normali di riferimento del Laboratorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQVC 3	Sono definite sessioni di audit come verifica e controllo di requisiti di accuratezza, attendibilità, riproducibilità e correttezza tecnica di esecuzione e refertazione dell'esame anche in confronto con altre metodiche di imaging?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQVC 4	È presente un questionario per il rilevamento della customer satisfaction degli utenti del Laboratorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

+ REQUISITI DI STRUTTURA SPECIFICI PER LA SPECIALITA' SCELTA (almeno 1) (per la tipologia scelta dovranno essere presenti tutti i requisiti indicati)		
	<input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGEEA	
RQST TE1	Il numero di esami ETE del laboratorio è ≥ 100 /anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST TE2	Il laboratorio è adeguatamente attrezzato per Rianimazione Cardio-Polmonare (<i>Elettrocardiografo, defibrillatore, carrello di emergenza</i>)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST TE3	E' disponibile un locale o la strumentazione per la sterilizzazione delle sonde?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS	
RQST ST1	Il numero di esami di ECOSTRESS del laboratorio è ≥ 100 /anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST ST2	Il laboratorio è adeguatamente attrezzato per Rianimazione Cardio-Polmonare (<i>Elettrocardiografo, defibrillatore, carrello di emergenza</i>)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST ST3	Gli operatori che eseguono ecostress hanno superato i corsi BLS/ ALS ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA PEDIATRICA	
RQST PE1	Il numero di esami di ECOCARDIOGRAFIA PEDIATRICA del laboratorio è ≥ 200 /anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ECOGRAFIA VASCOLARE	
RQST VA1	Il numero di esami di ECOGRAFIA VASCOLARE del laboratorio è ≥ 200 /anno e comprende almeno 2 distretti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
+ REQUISITI DI STRUTTURA SPECIFICI PER L'ALTA SPECIALITA' ETE STRUTTURALE (dovranno essere presenti tutti i requisiti indicati)		<i>Solo per ETE strutturale</i>
RQST STRUT1	Sono soddisfatti i requisiti RQST TE1, RQST TE2, RQST TE3 ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST STRUT2	Il numero di esami ETE del laboratorio a supporto di cardiologia strutturale, cardiocirurgia, elettrofisiologia è ≥ 100 /anno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RQST STRUT3	Gli esami ETE sono eseguiti con sonda 3D?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Numero degli operatori del Laboratorio Totale n°..... di cui MEDICI n°..... TECNICI n°.....

Numero Operatori certificati SIECVI Totale n°..... di cui MEDICI n°..... TECNICI n°.....

Numero Operatori certificati SIECVI nella Specialità scelta (almeno 1) n°.....

Allegare Elenco degli operatori MOD05DOCACC

Laboratorio Certificato ISO 9001-2015

SI NO

Il laboratorio ha conseguito in passato l'accreditamento SIECVI (già SIEC)? SI NO

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra scritto risponde al vero ai sensi delle disposizioni di legge sulla autocertificazione.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati o decadenza dei requisiti.

Sono inoltre disponibile ad accogliere la visita ispettiva di rappresentanti SIECVI e/o a fornire la documentazione necessaria per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati.

"Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. di cui al REG. EU - GDPR 2016/679 come da dettaglio in calce all'Informativa allegata".

Data

Firma e timbro del responsabile del laboratorio

Firma e timbro del responsabile dell'U.O.

Firma e timbro del Direttore Sanitario

L'accreditamento di livello II è concesso se il Lab di ECV al momento della richiesta è in possesso di tutti i requisiti generali e possiede i requisiti per almeno un'alta specialità.

In caso di accettazione della domanda la validità dell'accreditamento è di 5 anni.

A cura della Segreteria SIECVI:

Richiesta approvata

Richiesta non approvata

Data

Firma Coordinatore S.O. Accreditamento