**JEDNOSTKA SZKOLĄCA:**

**KLINIKA/ODDZIAŁ:**

Informacje dotyczące warunków , jakie musi spełnić jednostka w celu zapewnienia realizacji programu specjalizacji w dziedzinie kardiologii, moduł specjalistyczny, ( wg programu : wiosna 2023, aktualizacja 13.08.2024)

**Jednostka posiada w strukturze oddziału/szpitala (w tej samej lokalizacji lub w obrębie jednej jednostki w tym samym mieście) pracownie:**

 *Proszę odpowiedzieć*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |
| **Echokardiografii** |  |  |
| **Prób wysiłkowych** |  |  |
| **Holterowską** |  |  |
| **Tomografii Komputerowej** |  |  |
| **Hemodynamiczną prowadzącą 24-godzinny dyżur, wykonującą FFR, IVUS** |  |  |
| (*jeżeli jednostka nie posiada ww. pracowni, wymagane jest podpisanie umowy z jednostką zewnętrzną, posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji z kardiologii)*Czy podpisano powyższą umowę? |  |  |
| **Elektrofizjologii i Elektroterapii, wykonującą wszczepienia urządzeń stymulujących i ablacje**. |  |  |
| (*jeżeli jednostka nie posiada ww. pracowni, wymagane jest podpisanie umowy z jednostką zewnętrzną, posiadającą akredytacje do prowadzenia specjalizacji z kardiologii)*Czy podpisano powyższą umowę ? |  |  |
| Czy jednostka realizuje całodobowe dyżury lekarskie w oddziale /pododdziale intensywnego nadzoru kardiologicznego? |  |  |
| Czy jednostka realizuje całodobowe dyżury lekarskie w izbie/puncie przyjęć lub SOR? |  |  |

**JEDNOSTKA SZKOLĄCA:**

**KLINIKA/ODDZIAŁ**:

1. **PROFIL DZIAŁALNOŚCI JEDNOSTKI SZKOLĄCEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Wykaz i liczba zabiegów oraz procedur medycznych wykonywanych rocznie w jednostce w okresie ostatnich 3 lat obowiązujących lekarza w trakcie realizacji modułu specjalistycznego z kardiologii :****stażu podstawowego ( punkt 1-8) i staży kierunkowych ( punkt 9-36)***Sporządzono na podstawie programu wiosna 2023 z aktualizacją z dnia 13.08.2024* | **LICZBA WYKONAŃ ROCZNIE****W czasie ostatnich 3 lat** |
| **rok** | **rok** | **rok** |
| 1 | Badanie elektrokardiograficzne (EKG) |  |  |  |
| **2** | 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie EKG metodą Holtera # |  |  |  |
| **3** | 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia tętniczego # |  |  |  |
| **4** | Próby wysiłkowe elektrokardiograficzne # |  |  |  |
| **5** | Badania echokardiograficzne przezklatkowe # |  |  |  |
| **6** | Badanie echokardiograficzne przezprzełykowe # |  |  |  |
| **7** | Badanie echokardiograficzne obciążeniowe # |  |  |  |
| **8** | Nakłucie opłucnej, otrzewnej |  |  |  |
| **9** | Wszczepienie stymulatorów serca |  |  |  |
| **10** | Wszczepienie kardiowerterów-defibrylatorów/urządzeń resynchronizujących |  |  |  |
| **11** | Kontrola stymulatora |  |  |  |
| **12** | Kontrola i programowanie kardiowertera-defibrylatora |  |  |  |
| **13** | Inwazyjne badania elektrofizjologiczne |  |  |  |
| **14** | Ablacja podłoża zaburzeń rytmu serca |  |  |  |
| **15** | Koronarografia |  |  |  |
| **16** | Angioplastyka wieńcowa |  |  |  |
| **17** | FFR |  |  |  |
| **18** | IVUS |  |  |  |
| **19** | Cewnikowanie jam serca |  |  |  |
| **20** | Wprowadzenie elektrody endokawitarnej do stymulacji zewnętrznej |  |  |  |
| **21** | Wykonanie centralnego wkłucia żylnego |  |  |  |
| **22** | Wykonanie wkłucia do tętnicy obwodowej |  |  |  |
| **24** | Echokardiografia w stanach nagłych |  |  |  |
| **25** | Techniki utrzymania drożności dróg oddechowych\* |  |  |  |
| **26** | Intubacja dotchawicza  |  |  |  |
| **27** | Leczenie z użyciem respiratora |  |  |  |
| **28** | Prowadzenie reanimacji BLS/ALS |  |  |  |
|  **29** | Kardiowersja elektryczna  |  |  |  |
| **30** | Defibrylacja |  |  |  |
| **31** | Nakłucie osierdzia |  |  |  |
| **32** | Hipotermia terapeutyczna |  |  |  |
| **33** | Kontrapulsacja wewnątrzaortalna i inne metody mechanicznego wspomagania krążenia |  |  |  |  |
| **34** | Monitorowanie hemodynamiczne |  |  |  |
|  **35** | Ciągła przyłóżkowa terapia nerkozastępcza |  |  |  |
| **36** | Badania spiroergometryczne\* |  |  |  |
| **37** | Badania z zakresu kardiologii nuklearnej, MRI, CT |  |  |  |
| **38** |  |  |  |  |
| **39** |  |  |  |  |
| **40** |  |  |  |  |
| **41** |  |  |  |  |
| **42** |  |  |  |  |
| **43** |  |  |  |  |
| **44** |  |  |  |  |
| **45** |  |  |  |  |

**# można sumować z badaniami wykonanymi w poradni kardiologicznej w tej samej lokalizacji**

**\* dotyczy Programu 2023**

1. **BAZA LECZNICZA KOMÓRKI PROWADZĄCEJ SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LICZBA** |
| **rok** | **rok** | **rok** |
| Liczba łóżek w oddziale klinicznym  |  |  |  |
| Liczba łóżek w oddziale/pododdziale intensywnego nadzoru kardiologicznego |  |  |  |
| Liczba leczonych rocznie chorych w oddziale klinicznym  |  |  |  |
| Liczba leczonych rocznie chorych w oddziale/pododdziale intensywnego nadzoru kardiologicznego |  |  |  |
| Liczba udzielanych rocznie porad w  poradni kardiologicznej w strukturze oddziału /szpitala |  |  |  |

1. **SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA NIEZBĘDNA DO REALIZACJI PROGRAMU SPECJALIZACJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **RODZAJ POSIADANEGO SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ** | **LICZBA** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25…. | ( *tabela do rozszerzenia o kolejne pozycje)* |  |

………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej