INFORMAZIONI GENERALI

Azienda di appartenenza	
Unità	
Struttura	
Responsabile UO	
Referente Operativo per Accreditamento professionale	
Sede (Indirizzo)	
Telefono	
Fax	
e-mail	

DATI SULLA STRUTTURA

N. medici strutturati	
N. medici specializzandi	
N. medici non strutturati	
N. infermieri	
N. tecnici	
N. altri operatori	

L'unità ha già affrontato o è stata coinvolta in percorsi strutturati relativi a

Accreditamento Istituzionale	SI	NO
Accreditamento Professionale	SI	NO
Certificazione ISO 9000	SI	NO
Verifica Revisione Qualità	SI	NO
Total Quality Management	SI	NO
Audit Clinico	SI	NO
Joint Commission	SI	NO
Altro (specificare)		

Se la struttura è stata coinvolta in un percorso strutturato, specificare da quanti anni:

_____

L'unità ha a disposizione procedure o istruzioni scritte predisposte a livello aziendale, di presidio o dipartimento relative a specifici processi o attività?

SI NO

Se si, indicare quali: (tipo di documento e titolo)

ATTIVITA' ENDOSCOPICHE ANNUALI (indicare i dati per anno)

Numero di Endoscopie gastrointestinali	
Numero di EGDS	
Numero di EGD + procedure terapeutiche	
Numero di Colonscopie	
Numero di Sigmoidoscopie flessibili	
Numero di ERCP	
Numero di EUS del tratto superiore	
Numero di EUS del tratto inferiore (epatopancreaticobiliare)	

CARATTERISTICHE DEL PERSONALE

Nomi e caratteristiche di ogni Endoscopista

Nomi e caratteristiche di ogni Infermiere

Nomi dello staff di supporto amministrativo

DOCUMENTI ALLEGATI

- Check list dei requisiti di accreditamento compilata in autovalutazione;
- Organigramma o funzionigramma o documento sintetico di descrizione dell'organizzazione.

ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER IL GRUPPO DI VALUTAZIONE