

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 cardiologo Responsabile certificato in Ecografia Cardiovascolare Generale, nella struttura lavora almeno 1 altro cardiologo in possesso di una certificazione SIECVI in corso di validità? (*Generale o Vascolare o Pediatrica*) SI  NO
- Il responsabile o altro cardiologo 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   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>RQOR1</b>                  | Il laboratorio di ECV ha un volume di attività di <b>ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA</b> $\geq$ 1500 esami/anno?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQOR 2</b>                 | Il laboratorio di ECV esegue almeno una tipologia di esami di Specialità (ETE, Stress; Vascolare, Pediatrico)?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQOR 3</b>                 | 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                     |  |   |
| <b>RQST 1</b>                 | Vengono utilizzate almeno 2 delle seguenti modalità: TDI, 3D, strain, speckle tracking?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQST 2</b>                 | 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"/> |
| <b>RQST 3</b>                 | 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"/> |
| <b>RQST 4</b>                 | È disponibile un archivio digitale adeguato a volumi e tipologia di attività?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQST 5</b>                 | Nel laboratorio di ECV sono presenti infermieri dedicati o sonographer?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| PROCESSO                      |  |   |
| <b>RQPS 1</b>                 | 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"/> |
| <b>RQPS 2</b>                 | 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                      |  |   |
| <b>RQPR 1</b>                 | 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' |  |   |
| <b>RQVC 1</b>                 | Sono definite Linee Guida di riferimento del Laboratorio?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQVC 2</b>                 | Sono definiti valori normali di riferimento del Laboratorio?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>RQVC 3</b>                 | 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"/> |
| <b>RQVC 4</b>                 | È presente un questionario per il rilevamento della customer satisfaction degli utenti del Laboratorio?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

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