**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA SICOB**

**questo modello deve essere corredato dal timbro della direzione sanitaria**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RELATIVI ALLA SEDE LAVORATIVA** | |
| Tipo di sede |  |
| Nome sede |  |
| Responsabile del gruppo |  |
| Indirizzo |  |
| Cap |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Numero centralino |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Presenza di **terapia intensiva** nell'ambito della struttura dove si opera | |
| Presenza di **rianimazione** nell'ambito della struttura dove si opera | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE** | | | | | |
| **NOMINATIVO** | **RUOLO** | | **SOCIO SICOB (SI/NO)** | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| **MONITORAGGIO DELL’ATTIVITÀ DI CHIRURGIA BARIATRICA** | | | | | |
| **Procedure** | | **2011**  (obbligatorio) | | **2012**  (obbligatorio) | **2013**  (obbligatorio) |
| Bendaggio Gastrico | |  | |  |  |
| Bypass gastrico | |  | |  |  |
| Gastroplastica verticale | |  | |  |  |
| Diversione biliopancreatica | |  | |  |  |
| Duodenal switch | |  | |  |  |
| Sleeve gastrectomy | |  | |  |  |
| Miny Gastric By pass | |  | |  |  |
| Plicatura Gastrica | |  | |  |  |
| **TOTALE** | |  | |  |  |

*Inviare via email a* [*segreteria@sicob.org*](mailto:segreteria@sicob.org) *- Oppure via fax a 081.193.084.02*