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

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI ALLA SEDE LAVORATIVA** |
| Tipo di sede |  |
| Nome sede |  |
| Responsabile del gruppo |  |
| Indirizzo |  |
| Cap |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Numero centralino |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Foto struttura | Allegare una fotografia |
| Presenza di terapia intensiva nell'ambito della struttura dove si opera SI/NO |

|  |
| --- |
| **COMPOSIZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE** |
| **NOMINATIVO**  | **RUOLO**  | **SOCIO SICOB (SI/NO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **MONITORAGGIO DELL’ATTIVITÀ DI CHIRURGIA BARIATRICA** |
| **Procedure** | **2009**(obbligatorio) | **2010**(obbligatorio) | **2011**(obbligatorio) |
| **Bendaggio Gastrico** |  |  |  |
| **Bypass gastrico** |  |  |  |
| **Gastroplastica verticale** |  |  |  |
| **Diversione biliopancreatica** |  |  |  |
| **Duodenal switch** |  |  |  |
| **Sleeve gastrectomy** |  |  |  |
| **Bypass biliointestinale** |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |

*Inviare via email a* *segreteria@sicob.org* *- Oppure via fax a 081.193.084.02*