

ANEXO 2: SOLICITUD PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS

Fecha solicitud:

Período de validez (máximo dos años):

Cuestionario para el Director de la Formación

1. Datos Generales:

Hospital.....

.....

Dirección.....

.....

Ciudad..... Código Postal.....

Factor de Impacto General del Hospital

,

Nº de Ensayos Clínicos/año

Autopsias, (Nº absoluto)

% de Mortalidad

,

Presupuesto anual (miles de Euros)

1.2. Tipo : Universitario Comarcal Privado Público

1.3. Centro de Formación Reconocido No

Si

Todas las Especialidades

Algunas Especialidades

1.4. Nº de camas < 500 501-600 601-700 701-800 >800

1.5 Nivel hospitalario:

1.6 Población dependiente:

1.7. Especialidades del Centro Hospitalario (Presentes y Acreditadas)

	Presente	Acreditado
Anatomía Patológica		
Anestesiología		
Bioquímica		
Cardiología		
Cir. Max-Fac		
Cir. Ortopédica		
Cirug. Cardiaca		
Cirugía General		
Cirugía Plástica		
Cirugía Vascolar		
Dermatología		
Digestivo		
Endocrinología		
Farmacología		
Genética		
Hematología		
Informática		
Intensivos		
Medicina		
Medicina Nuclear		
Neumología		
Neurocirugía		
Neurofisiología		
Neurología		
Oftalmología		
Oncología		
ORL		
Pediatría		
Psiquiatría		
Radiología		
Radioterapia		
Urgencias		

1.8. Neurorradiología

Servicio	<input type="checkbox"/>	Dependiente del Servicio de Radiología	<input type="checkbox"/>
Sección	<input type="checkbox"/>	Independiente del Servicio de Radiología	<input type="checkbox"/>
Unidad	<input type="checkbox"/>		

1.8.1. Director de la Formación : Nombre, Posición, Dirección, fecha de registro en su Especialidad, Lugar de su formación.

1.8.2. Comentarios sobre la Estructura, Organización, Composición y localización del Centro de Formación.

1.8.4. Otros posibles Hospitales concertados para completar el programa de formación bajo la responsabilidad del Centro principal acreditado. Aportar su nombre, dirección, número de camas y especialidades y especificar el tipo de formación complementaria que impartirá.

1.8.4. Otros Hospitales en donde se realiza formación bajo su propia responsabilidad. Aportar su nombre, dirección, número de camas y especialidades y especificar el tipo de formación complementaria que impartirá y el nombre del responsable en este Centro.

1.8.5. Compromisos especiales : especificar representación en las diferentes Sociedades Científicas e intercambios con otros centros de formación.

1.8.6. Programa Específico de Formación del Centro (Señalar organización de las rotaciones, tutores responsables, estructura organizativa del servicio, actividad educacional, etc.).

2. Personal Médico

2.1. Neurorradiólogos

Nombre del Director del Servicio/Sección/Unidad de Neurorradiología:

.....
.....

e-mail:

Nombre del Director de Formación:

.....
.....

e-mail:

Plantilla de Neurorradiología (incluir sólo los que aceptarían ser tutores)

Nombre	Categoría	Doctor	Profesor	Diagnóstico	Intervencionista	% dedicación a la NR

Otro personal

Bioquímico Físico Informático
 Fellow Master Otros.....

Radiólogos en formación Tiempo formación meses/año
 Neurólogos en formación Tiempo formación meses/año
 Neurocirujanos en formación Tiempo formación meses/año
 Otras especialidades Tiempo formación meses/año

Director de Formación Radiología.....

2.2. Otro personal.

Número enfermeras
 Número técnicos Rx
 Número Secretarias
 Recepcionistas
 Otros

2.3. Disponibilidad del personal médico

Durante horario laboral Neurorradiólogos: de a.m. a p.m.
 Residentes de a.m. a p.m.

Guardias

	Presencia	Localizadas	Diaria	Fines de semana
Rx general				
Neurorradiología				

3. Prestaciones Neurorradiológicas

3.1. Salas RX convencional Digital % dedicado a Neurorradiología
 3.2. Unidades TC TC Espiral % dedicado a Neurorradiología
 3.3. Unidades RM <1.5T >1.5T % dedicado a Neurorradiología
 RM avanzada: Perfusión Difusión BOLD Espectroscopia
 3.4. Vascular 3D %dedicado a Neurorradiología

3.5. SPECT % dedicado a Neurorradiología
 3.6. PET % dedicado a Neurorradiología
 3.7. Ecografía % dedicado a Neurorradiología
 3.8. Otros.....

4. Experiencia en Neurorradiología

4.1. Número pacientes. Estudiados /año

4.2. Exámenes Diagnósticos, número y tipo :

Exámenes TC urgencias /año
 Exámenes TC cerebrales convencionales /año
 Exámenes TC cabeza y cuello convencionales /año
 Exámenes TC raquídeos convencionales /año
 TC Avanzado (Angio-TC, 3D, Perfusión...) /año

RM cerebral convencional /año
 RM cabezo-cuello convencional /año
 RM raquídea convencional /año
 RM avanzada (espectroscopia, BOLD, perfusión) /año

Exploraciones ultrasonográficas /año
 Estudios radiológicos convencionales /año

Estudios angiográficos diagnósticos /año
 Mielografías / radiculografías /año

4.3. Procedimientos Intervencionistas

Percutáneos

Biopsias / año
 Vertebroplastias / año
 Embolizaciones / año
 Otras / año

Endovasculares

Oclusivos / año
 Recanalizadores / año
 Tumoral / año
 Otros / año

4.4. Informes expertos en problemas neurorradiológicos especiales

/ año

4.5. En que medida los Residentes son supervisados por los Especialistas en su práctica diaria?

4.6 Disponibilidad para Urgencias

TC disponible en horario laboral	<input type="checkbox"/>	24 horas	<input type="checkbox"/>	Fin de semana	<input type="checkbox"/>
RM disponible en horario laboral	<input type="checkbox"/>	24 horas	<input type="checkbox"/>	Fin de semana	<input type="checkbox"/>
Angiografía	<input type="checkbox"/>	24 horas	<input type="checkbox"/>	Fin de semana	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografía	<input type="checkbox"/>	24 horas	<input type="checkbox"/>	Fin de semana	<input type="checkbox"/>

La Sección/Unidad/Servicio de Neurorradiología realiza de forma completa los siguientes procedimientos neurorradiológicos solicitados por su centro:

	si	no
1. TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mielografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Angiografías diagnósticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procedimientos intervencionistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Estructura del Centro de Formación

5.1. Conexiones entre las diferentes dependencias del Centro de Formación.

5.2. Dependencias para Especialistas docentes y Residentes.

5.3. Disponibilidad de Laboratorios con finalidad Docente.

5.4. Facilidades para Investigación, medidas para la participación de Residentes en la Investigación. Experiencia investigadora en los últimos 5 años.

5.8 Relaciones con otros centros de formación en la Especialidad.

5.9 Relaciones con Residentes de otras especialidades dentro del Hospital.

5.11. Están los Residentes cubiertos legalmente contra responsabilidades médicas durante su periodo de formación?

Acepta el Curso Europeo de Neurorradiología (ECNR) recomendado por la ESNR como:

- a) Parte integrante del programa de Formación Neurorradiológica
- b) Un complemento del Programa de Formación
- c) Innecesario

6. Informes Neuroradiológicos

Definir estructuración del área de informes

7. Controles Calidad / Auditoria Médica

7.1. Relación sistemática de incidentes.

7.2. Registro sistemático de complicaciones e incidencias.

7.3. Reuniones de Plantilla. Planificación semanal.

7.4. Reuniones Críticas. Asisten los Residentes a estas reuniones?

8. Actividades Científicas (últimos 5 años).

Listado de los trabajos de investigación. Listado de publicaciones (incluir el factor de impacto y subrayar los autores propios del servicio de radiología). Asistencia a Congresos/Cursos. Describir conexiones con la Universidad.

Director de Formación en Neurroradiología.

Nombre:

Firma:

Fecha:

Director de Servicio/Sección/Unidad de Neurroradiología.

Nombre:

Firma:

Fecha:

Director del Servicio de Radiología.

Nombre:

Firma:

Fecha:

Director Médico / Director del Comité de Docencia del Centro de Formación

Nombre:

Firma:

Fecha: