



SOCIETÀ ITALIANA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Percorso di Formazione e Certificazione in Neurofisiologia Clinica

Formulario per il Riconoscimento dei Centri di Formazione

- Modulo EEG e PE**

- Modulo ENMG e PE**

Da inviare a:
segreteria.sinc@ptsroma.it

Per informazioni:
Segreteria SINC
c/o PTS s.r.l.
Via Nizza 45 - 00198 Roma
Tel. 06/85355590
Fax 06/85356060



1. Informazioni sul Centro di Neurofisiologia Clinica

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

2. Responsabile del Centro di Formazione

Nome: _____

Specializzazione: _____ anno: _____

Percentuale impegno in Neurofisiologia Clinica: _____

Appartenenza a Società Scientifiche: _____

Allegare CV in formato europeo con lista delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni

3. Tutori designati per la formazione

Nota: Il tutore può operare anche in sedi diverse da quella del responsabile del centro di formazione ed occuparsi di aspetti particolari della formazione (es: EEG pediatrico). Il tutore può essere impegnato in un solo modulo di formazione.

➤ Tutore 1

Modulo EEG PE

Modulo ENMG PE

Nome: _____

Specializzazione: _____ anno: _____



Percentuale impegno in Neurofisiologia Clinica: _____

Appartenenza a Società Scientifiche: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

E-mail: _____

Allegare CV in formato europeo con lista delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni

➤ **Tutore 2**

Modulo EEG PE

Modulo ENMG PE

Nome: _____

Specializzazione: _____ **anno:** _____

Percentuale impegno in Neurofisiologia Clinica: _____

Appartenenza a Società Scientifiche: _____

Indirizzo: _____



Telefono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Allegare CV in formato europeo con lista delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni

➤ **Tutore 3**

Modulo EEG PE

Modulo ENMG PE

Nome: _____

Specializzazione: _____ anno: _____

Percentuale impegno in Neurofisiologia Clinica: _____

Appartenenza a Società Scientifiche: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Allegare CV in formato europeo con lista delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni

➤ **Tutore 4**

Modulo EEG PE

Modulo ENMG PE



Nome: _____

Specializzazione: _____ **anno:** _____

Percentuale impegno in Neurofisiologia Clinica: _____

Appartenenza a Società Scientifiche: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

E-mail: _____

Allegare CV in formato europeo con lista delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni

4. Personale del Centro di Formazione

Medici (oltre ai tutori) con percentuale di impegno in Neurofisiologia Clinica:

Numero tecnici di Neurofisiopatologia/Neurofisiologia Clinica: _____

Numero infermieri: _____



Personale amministrativo: _____

Altro personale (specificare) : _____

5. Attività del Centro di Formazione

Numero pazienti esaminati nel Centro (dati anno precedente)

	Numero	Anno
EEG		
EEG Pediatrici		
Video-EEG		
Video-EEG Pediatrici		
Polisonnografie		
ENMG		
VEP		
BAER		
SEP		
PEM		

6. Spazi, apparecchiature, protocolli

Spazio totale a disposizione del centro (m²) : _____

Numero stanze per diagnostica: _____

Numero stanze per refertazione: _____

Lista apparecchiature:

Tipologia	Caratteristiche principali	Anno di acquisto



Viene effettuata l'archiviazione elettronica degli esami:

- EEG SI No

- ENMG SI No

- PE SI No

Sono impiegate linee guida/protocolli operativi?

- EEG SI No

Se si, quali? _____

- ENMG SI No



Se si, quali? _____

- PE SI No

Se si, quali? _____

7. Didattica e formazione

Tipo e frequenza incontri per discussione/aggiornamento:

Disponibilità infrastrutture per incontri/insegnamento (stanza dedicata, audiovisivi etc...):

SI No

Se si, quali? _____

Caratteristiche particolari della formazione offerta nel Centro:



8. Centri, ambulatori specialistici, UO che cooperano con in Centro di Formazione

EPILESSIA	
Responsabile	
Pazienti / Anno	

DISTURBI DEL SONNO	
Responsabile	
Pazienti / Anno	

MALATTIE NEUROMUSCOLARI	
Responsabile	



Pazienti / Anno	
------------------------	--

ALTRO (specificare) _____	
-------------------------------------	--

Responsabile	
---------------------	--

Pazienti / Anno	
------------------------	--

ALTRO (specificare) _____	
-------------------------------------	--

Responsabile	
---------------------	--

Pazienti / Anno	
------------------------	--

UO di Neurologia

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Responsabile: _____

Numero letti degenza : _____

Numero ricoveri/anno: _____



Sede di Specializzazione: SI No

Descrizione della collaborazione:

UO di Neurochirurgia

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Responsabile: _____

Numero letti degenza: _____

Numero ricoveri/anno: _____

Sede di Specializzazione: SI No

Descrizione della collaborazione:

UO di Neuropsichiatria infantile

Denominazione: _____



Indirizzo: _____

Responsabile: _____

Numero letti degenza: _____

Numero ricoveri/anno: _____

Sede di Specializzazione: **SI** **No**

Descrizione della collaborazione:

Altre cooperazioni (specificare):

Rianimazione: _____

Ortopedia/Traumatologia: _____

Medicina Interna: _____

Altro: _____



9. Altre informazioni sul Centro ritenute utili ai fini del riconoscimento

Data _____

Firma del Responsabile del Centro di Formazione _____