



SOCIETÀ ITALIANA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Percorso di Formazione e Certificazione in Neurofisiologia Clinica

Formulario per il Riconoscimento dei Centri di Formazione

- Modulo Ecografia Neuromuscolare**

Da inviare a:

segreteria.sinc@ptsroma.it

Per informazioni:

Segreteria SINC

c/o PTS s.r.l.

Via Volturmo 2c – 00185 Roma

Tel. 06/85355590



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

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**

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**

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**

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 (oltre ai tutori): _____

Numero infermieri: _____

Personale amministrativo: _____

Altro personale (specificare) : _____

5. Attività del Centro di Formazione

Numero pazienti esaminati nel Centro (dati anno precedente)



	Numero	Anno
Ecografie di nervo e muscolo		
% Ecografie pediatriche		
% procedure infiltrative eco-guidate		

6. Spazi, apparecchiature, protocolli

Spazio totale a disposizione del centro (m²) : _____

Numero stanze per diagnostica: _____

Numero stanze per refertazione: _____

Lista apparecchiature dedicate:

Tipologia	Caratteristiche principali	Anno di acquisto



Viene effettuata l'archiviazione elettronica degli esami:

- **Ecografie Neuromuscolari** **SI** **No**

- **ENMG** **SI** **No**

Sono impiegate linee guida/protocolli operativi?

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 sì, quali? _____

Caratteristiche particolari della formazione offerta nel Centro:

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

MALATTIE NEUROMUSCOLARI	
Responsabile	
Pazienti / Anno	



ALTRO (specificare)	
Responsabile	
Pazienti / Anno	

ALTRO (specificare)	
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 _____