

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU I ZAŁĄCZNIKÓW DLA UZYSKANIA CERTYFIKATU
INDYWIDUALNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO W ZAKRESIE ELEKTROTERAPII I
ELEKTROFIZJOLOGII

Wniosek oraz niezbędne załączniki powinny być wypełnione w wersji elektronicznej i wydrukowane oraz podpisane przez kandydata oraz w przypadku załączników potwierdzających liczbę wykonanych procedur również przez kierownika ośrodka (kierownika pracowni, kierownika kliniki, ordynatora oddziału, dyrektora szpitala)

Wniosek oraz załączniki (listy wykonanych procedur) zarówno w wersji elektronicznej (płyta CD, dysk USB) jak i wydruk wraz z kserokopią dyplomu specjalisty kardiologa (dla posiadających), życiorysem, listem rekomendującym, zastawieniem wraz z kopiami certyfikatów uczestnictwa w kongresach, konferencjach, warsztatach (o których mowa w Zasadach Przyznawania ...) należy wysłać pocztą na adres Przewodniczącego Zarządu Sekcji.

WNIOSEK

Imię i nazwisko – imię i nazwisko kandydata starającego się o przyznanie certyfikatu indywidualnego

Miejsce głównego zatrudnienia – miejsce pracy kandydata, które jest wykazane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych jako właściwego dla opłacania składki emerytalnej

Adres do korespondencji – adres na który będzie kierowana korespondencja związana z przyznaniem certyfikatu oraz zaświadczenie o jego przyznaniu

Adres e-mail – adres mailowy kandydata

Nr telefonu – numer telefonu kandydata (preferowany komórkowy)

Data uzyskania specjalizacji z kardiologii – data na dyplomie uzyskania specjalizacji z kardiologii

Wnioskuje o przyznanie – należy zakreślić właściwy kwadrat – TYLKO JEDEN. Osoby ubiegające się o certyfikat „operatora elektroterapii” i „eksperta elektroterapii” nie aplikują o certyfikat „lekarza specjalisty w zakresie kontroli urządzeń”, gdyż jest on elementem dwóch wymienionych wcześniej certyfikatów.

Załączniki – należy zakreślić nadesłane załączniki wymagane dla uzyskania danego certyfikatu indywidualnego

Zgoda na przetwarzanie danych – Zgoda jest wymagana dla uzyskania certyfikatu, jej brak uniemożliwi rozpoczęcie procesu przyznawania certyfikatu indywidualnego. Wymagana jest także zgoda kandydata na publikację imienia i nazwiska, numeru prawa wykonywania zawodu wraz z miejscem (miejscami) zatrudnienia w serwisach internetowych PTK

ZAŁĄCZNIKI 2-4 (Pola wspólne)

Załączniki 2-4 należy wypełnić oddzielnie dla każdego miejsca wykonywania procedur medycznych.

Imię i nazwisko – Imię i nazwisko kandydata starającego się o przyznanie certyfikatu indywidualnego

Nr PWZ – Numer prawa wykonywania zawodu

Nazwa i adres Ośrodka – Nazwa i adres ośrodka, w którym zostały wykonane procedury z załączonej listy

Kierownik Ośrodka - Kierownik Ośrodka (kierownik pracowni, kierownik kliniki, ordynator oddziału, dyrektor szpitala) , w którym zostały wykonane procedury z załączonej listy

L.p. – Liczba porządkowa procedury – numeracja od 1 do nr ostatniego rekordu spisu procedur

Data zabiegu/Data kontroli – Data wykonania danej procedury

Nr zabiegu/Nr kartoteki – Numer identyfikujący źródłową dokumentację chorego.

Numer zabiegu – nr w księdze zabiegowej lub numer historii pobytu chorego na oddziale lub nr księgi głównej szpitala.

Nr kartoteki – Nr kartoteki pacjenta w Poradni Kardiologicznej lub w Poradni Kontroli, lub inny numer identyfikujący dokumentację z przeprowadzonej kontroli urządzenia

Inicjały pacjenta – Wg formatu: inicjał pierwszego imienia.inicjał nazwiska

ZAŁĄCZNIK 2

Typ urządzenia – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTP

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

Rodzaj zabiegu - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Wszczepienie, Wymiana, Rozbudowa (up-grade)

ZAŁĄCZNIK 3

Typ urządzenia – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTP

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

ZAŁĄCZNIK 4

Załącznik wypełniają wyłącznie osoby ubiegające się o certyfikat indywidualny „lekarza specjalisty kontroli urządzeń”.

Typ urządzenia – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTD

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

Rodzaj zabiegu - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Wszczepienie, Wymiana, Rozbudowa (up-grade)

Uczestnictwo - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Obserwacja, Asysta

ZAŁĄCZNIK 5

Rodzaj procedury - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Badanie EPS (jedynie dla procedury badania elektrofizjologicznego, które nie zakończyło się ablacją), Ablacja

Rodzaj ablacji - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Ablacja standardowa (dla wszystkich procedur ablacji, które nie są wymienione w pozostałych polach), Ablacja AF (ablacja polegająca na izolacji żył płucnych z lub bez dodatkowych linii ablacyjnych), Ablacja VT (ablacja częstoskurczów komorowych/burzy elektrycznej), Ablacja - wada wrodzona (ablacja wykonana u chorego po korekcji chirurgicznej wrodzonej wady serca), Ablacja do 16 r.ż. (Ablacja wykonana u dzieci i młodzieży do ukończenia 16 r.ż.).