



SOCIETÀ ITALIANA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Percorso di Formazione e Certificazione in Neurofisiologia Clinica

Formulario per il Riconoscimento dei Centri di Formazione

- Modulo Neurofisiologia Intraoperatoria**

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

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 NEUROFISIOLOGIA INTRAOPERATORIA

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

➤ **Tutore2**

MODULO NEUROFISIOLOGIA INTRAOPERATORIA

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

➤ **Tutore3**

MODULO NEUROFISIOLOGIA INTRAOPERATORIA

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

➤ **Tutore4**

MODULO NEUROFISIOLOGIA INTRAOPERATORIA

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
IOM Totali		
% mappaggio		
Interventi in NCH		
Interventi in Ortopedia		
Altri (specificare)		

6. Apparecchiature e protocolli

Numero apparecchiature per IOM: _____

On-site remote monitoring: _____

Tipologia	Caratteristiche principali	Anno di acquisto

Sono impiegate linee guida/protocolli operativi?

SI

No

Se sì, 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. Unità Operative aggregate al Centro di Formazione

UO 1	
Responsabile	
Interventi / Anno	

UO 2	
Responsabile	
Interventi / Anno	

UO 3	
Responsabile	
Interventi / Anno	



UO di Neurologia o di Neurofisiologia Clinica

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:

Altre UO

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Responsabile: _____

Numero letti degenza: _____

Numero ricoveri/anno: _____

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

Descrizione della collaborazione:



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

Data _____

Firma del Responsabile del Centro di Formazione _____