**Dotazník k žádosti o udělení akreditace k provádění vzdělávání v základním kmeni**

**ANESTEZIOLOGICKÉM**

\* ANO/NE – u těchto kolonek - zaškrtněte zda ANO (máme) či NE (nemáme)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresa pracoviště:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Požadavky na jednotlivá pracoviště akreditovaného zařízení, kde odborná praxe probíhá:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště - anesteziologie a intenzivní medicína – 2 měsíce** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **je součástí poskytovatele zdravotních služeb (nelze zajistit smluvně)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Titul, jméno, příjmení | | | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | | | | Úvazek | | | | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti | | | |
| **lékaři oprávněni školit v anesteziologickém kmeni v oboru anesteziologie  a intenzivní medicína:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| typ pracoviště: poskytovatel zdravotních služeb poskytuje zdravotní služby formou akutní lůžkové péče intenzivní a resuscitační péče – intenzivní péče 3. stupně | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
|  | | | | | | | | | | zaškrtněte z výběru | | | | | | |
| lůžkové oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny  nebo  jednotka intenzivní péče  nebo  multioborová jednotka s možností krátkodobé ventilace | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| zdravotní péče v oboru anesteziologie a intenzivní medicína je zajištěna v nepřetržitém pracovním režimu | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje anesteziologickou péči minimálně v oboru chirurgie a dále v alespoň jednom z následujících oborů:   1. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, 2. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 3. urologie | | | 1. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | |
| zdravotní péče je poskytována formou lůžkové péče minimálně ve dvou z níže uvedených oborů:   1. chirurgie 2. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, 3. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 4. urologie | | | 1. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | |
| jsou některé z výše uvedených oborů součástí společného lůžkového fondu? | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | \*NE | |
| pokud ano, uveďte obory: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | uveďte počty | | | | | | | | | | | | | |
| počet akutních příjmů na intenzivní/resuscitační lůžka za poslední 3 kalendářní roky: | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| počet podaných anestezií za poslední 3 kalendářní roky: | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Pracoviště – chirurgie – 2 měsíce** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **je součástí poskytovatele zdravotních služeb (nelze zajistit smluvně)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Titul, jméno, příjmení | | | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | | | | Úvazek | | | | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti | | | |
| **lékaři oprávněni školit v anesteziologickém kmeni v oboru chirurgie:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| typ pracoviště: poskytovatel zdravotních služeb poskytuje zdravotní akutní lůžkovou péči v oboru chirurgie | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| personální zabezpečení: dostupnost zdravotní péče je zajištěna v nepřetržitém pracovním režimu nejméně: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru radiologie a zobrazovací metody | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| součásti pracoviště: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. radiodiagnostické oddělení | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. pracoviště endoskopie | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. gynekologické oddělení | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. zajištěny služby laboratoře: - hematologické a transfuzního lékařství | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| * biochemické | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| * mikrobiologické | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| * patologické | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| uveďte počty | | | | | | | | | | | | | | | | |
| počet operačních sálů: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| počet hospitalizovaných pacientů za poslední 3 kalendářní roky: | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| počet ambulantně ošetřených pacientů  za poslední 3 kalendářní roky: | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| výkony a jejich počet za poslední 3 kalendářní roky: | | | uveďte počty | | | | | | | | | | | | | |
| plánované operace | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| urgentní operace | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| ošetření traumat | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| laparoskopické operace (urgentní nebo plánované) | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |
| **Pracoviště – vnitřní lékařství – 2 měsíce** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **je součástí poskytovatele zdravotních služeb (nelze zajistit smluvně)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Titul, jméno, příjmení | | | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | | | | Úvazek | | | | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti | | | |
| **lékaři oprávněni školit v anesteziologickém kmeni v oboru vnitřní lékařství:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| zdravotní péče v oboru vnitřní lékařství je zajištěna v nepřetržitém pracovním režimu | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| typ pracoviště: poskytovatel zdravotních služeb splňuje následující požadavky na zajištění péče: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ambulantní péče v oboru vnitřní lékařství | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. příjmová interní ambulance | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. zajištění základní lůžkové péče o pacienty v oboru vnitřní lékařství | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. akutní lůžková péče | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| 1. diagnostický komplement s 24 hodinovou dostupností | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| výkony a jejich počet za poslední 3 kalendářní roky: | | | | uveďte počty | | | | | | | | | | | | |
| příjem pacientů v celém spektru interních onemocnění: | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| ošetření v rámci ambulantní péče: | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| **Pracoviště - anesteziologie a intenzivní medicíny – 24 měsíců** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
|  | | Titul, jméno, příjmení | | | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | | | | Úvazek | | | | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti | | | |
| **garant oboru:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| **školitelé v oboru anesteziologie a intenzivní medicína:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| typ pracoviště: poskytovatel zdravotních služeb poskytuje zdravotní služby formou akutní lůžkové péče intenzivní a resuscitační péče – intenzivní péče 3. stupně | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje anesteziologickou péči minimálně pro 4 z následujících oborů (chirurgie, gynekologie a porodnictví, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku a urologie), v nichž poskytovatel zdravotních služeb poskytuje lůžkovou péči: | | | | | uveďte obory | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| pracoviště poskytuje akutní lůžkovou péči intenzivní na  lůžkách multidisciplinárního charakteru, popřípadě na multidisciplinární jednotce intenzivní péče pod vedením lékaře anesteziologa. | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
| výkony a jejich počet za poslední 3 kalendářní roky: | | | uveďte počty | | | | | | | | | | | | | |
| počet akutních příjmů na intenzivní/resuscitační lůžka: | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
| počet podaných anestezií: | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Vyplňte pouze pokud budete žádat o: Pracoviště – urgentní medicína – je-li školenec zařazen do specializačního oboru urgentní medicína, může 6 měsíců z 24 měsíců povinné odborné praxe v rámci základního anesteziologického kmene absolvovat v akreditovaném zařízení oboru urgentní medicína** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | | | | | | | | | | \*ANO | | | | | | \*NE |
|  | | Titul, jméno, příjmení | | | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | | | | Úvazek | | | | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti | | | |
| **garant oboru:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| **školitelé v oboru urgentní medicína:** | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| **datum, podpis statutárního orgánu:** |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**Strukturovaný profesní životopis školitele/školitelů**

|  |
| --- |
| *Titul, jméno, příjmení*  *Datum narození*  *Pregraduální vzdělání*  *Odborné vzdělání (specializovaná způsobilost, zvláštní odborná způsobilost nebo zvláštní specializovaná způsobilost)*  *Přehled odborné praxe*  *Pedagogická činnost či vědecko-výzkumná činnost* |