**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA SICOB**

**questo modello deve essere corredato dal timbro della direzione sanitaria**

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI ALLA SEDE LAVORATIVA** |
| Tipo di sede |  |
| Nome sede |  |
| Responsabile del gruppo |  |
| Indirizzo |  |
| Cap |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Numero centralino |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Presenza di **terapia intensiva** nell'ambito della struttura dove si opera  |
| Presenza di **rianimazione** nell'ambito della struttura dove si opera  |

|  |
| --- |
| **COMPOSIZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE** |
| **NOMINATIVO**  | **RUOLO**  | **SOCIO SICOB (SI/NO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **MONITORAGGIO DELL’ATTIVITÀ DI CHIRURGIA BARIATRICA** |
| **Procedure** | **2011**(obbligatorio) | **2012**(obbligatorio) | **2013**(obbligatorio) |
| Bendaggio Gastrico |  |  |  |
| Bypass gastrico |  |  |  |
| Gastroplastica verticale |  |  |  |
| Diversione biliopancreatica |  |  |  |
| Duodenal switch |  |  |  |
| Sleeve gastrectomy |  |  |  |
| Miny Gastric By pass |  |  |  |
| Plicatura Gastrica |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |

*Inviare via email a* *segreteria@sicob.org* *- Oppure via fax a 081.193.084.02*