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

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI RELATIVI ALLA SEDE LAVORATIVA** | |
| Tipo di sede |  |
| Nome sede |  |
| Responsabile del gruppo |  |
| Indirizzo |  |
| Cap |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Numero centralino |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Foto struttura | Allegare una fotografia |
| Presenza di terapia intensiva nell'ambito della struttura dove si opera SI/NO | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE** | | |
| **NOMINATIVO** | **RUOLO** | **SOCIO SICOB (SI/NO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MONITORAGGIO DELL’ATTIVITÀ DI CHIRURGIA BARIATRICA** | | | |
| **Procedure** | **2009**  (obbligatorio) | **2010**  (obbligatorio) | **2011**  (obbligatorio) |
| **Bendaggio Gastrico** |  |  |  |
| **Bypass gastrico** |  |  |  |
| **Gastroplastica verticale** |  |  |  |
| **Diversione biliopancreatica** |  |  |  |
| **Duodenal switch** |  |  |  |
| **Sleeve gastrectomy** |  |  |  |
| **Bypass biliointestinale** |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |

*Inviare via email a* [*segreteria@sicob.org*](mailto:segreteria@sicob.org) *- Oppure via fax a 081.193.084.02*