*ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA del SONNO (AIMS)*

QUESTIONARIO PER ACCREDITAMENTO

**AMBULATORI E CENTRI DI MEDICINA DEL SONNO**

Indirizzo della struttura per la quale si richiede l’accreditamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI CENTRO RICHIESTA** (evidenziare quello prescelto):

1. AMBULATORIO di MEDICINA DEL SONNO □

2. CENTRO di MEDICINA del SONNO di I LIVELLO □

3. CENTRO di MEDICINA del SONNO di II LIVELLO □

**Specializzazione**: (indicare almeno una scelta)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Per adulti | Pediatrico |  | Per adulti | Pediatrico |
| Neurologico |  |  | Odontoiatrico |  |  |
| Otorinolaringoiatrico |  |  | Pneumologico |  |  |
| Psichiatrico |  |  | Psicologico |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**PERSONALE ATTIVO NEL CENTRO**

(Si intende solo personale che dedica almeno il 25% del tempo

della propria attività lavorativa al centro di medicina del sonno)

**Personale Medico**

 Minimo necessario: Ambulatori: n.1 unità esperto/iscritto albo AIMS

 Centri 1° e 2°livello: n. 2 unità di cui 1 esperto/iscritto albo AIMS

 Esperto/iscritto ad albo

 Medicina sonno AIMS

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □

Tipo di rapporto di lavoro intrattenuto con la struttura dal

Medico di riferimento AIMS (*per i centri di Medicina del sonno*):

A tempo indeterminato □

A tempo determinato □

**Personale Parasanitario**

 Minimo necessario: Ambulatori: non obbligatorio

 Centri 1° e 2°livello: n. 1 unità

 T. neurofisiopat. Altra Formazione

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mansioni svolte dal personale parasanitario:**

Somministrazione questionari □

Montaggi poligrafie/polisonnografie □

Assistenza notturna durante monitoraggio in laboratorio □

Adattamento a CPAP/ventilazione non invasiva □

Titolazione assistita CPAP □

Scarico dati da ventilatori □

Editing tracciati □

Altro (specificare) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personale Amministrativo**

 Minimo necessario: Ambulatori: non obbligatorio

 Centri 1° e 2°livello: n. 1 unità

Personale di tipo amministrativo operante nel Centro di Medicina del sonno Sì □

 No □

**Mansioni svolte dal personale amministrativo:**

Servizio informazioni □

Prenotazione visite/esami □

Archiviazione cartelle cliniche □

Ordini e acquisti □

Altro (specificare) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STRUTTURA PRESSO CUI OPERA**

**L’AMBULATORIO / CENTRO DI MEDICINA DEL SONNO**

Azienda Ospedaliera □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Università □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ospedale privato convenzionato □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ospedale privato non convenzionato □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Denominazione del Centro all’interno della struttura:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STRUTTURE PREFERENZIALI DI RIFERIMENTO PER PRESTAZIONI**

**NON EROGATE DAL PROPRIO CENTRO**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per prestazioni di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTREZZATURE PER LA DIAGNOSTICA**\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo di strumento** | **N°** |
| Videopolisonnografi per registrazioni in laboratorio |  |
| Polisonnografi per registrazioni in laboratorio senza video |  |
| Polisonnografi per registrazioni non assistite |  |
| Poligrafi per monitoraggio cardiorespiratorio |  |
| Ossimetri |  |
| Capnometri |  |
| Attigrafi |  |
|  |  |

\*Se uno stesso strumento può essere usato per più tipi di prestazione (ad esempio polisonnografia e monitoraggio cardiorespiratorio) indicarlo una sola volta con la prestazione più complessa

**ATTREZZATURE PER LA TERAPIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo di strumento** | **N°** |
| CPAP a livello fisso |  |
| Auto-CPAP |  |
| Ventilatori bilevel |  |
| Auto-biPAP |  |
| ASV |  |
|  |  |
|  |  |

**AMBIENTI**

- Ambulatori per attività clinica (numero e caratteristiche principali): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Sede e modalità archiviazione dati (cartelle cliniche, registrazioni, referti): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per tutti i Centri di Medicina del sonno indicare inoltre:

- Ambienti per registrazioni polisonnografiche assistite (numero e caratteristiche principali): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per i Centri di Medicina del sonno di 2° livello indicare:

- Numero di posti letto disponibili per ricoveri per prestazioni di Medicina del sonno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTIVITA’ SVOLTA DALLA STRUTTURA RICHIEDENTE L’ACCREDITAMENTO NEI 12 MESI PRECEDENTI LA DOMANDA**

**Numero di pazienti gestiti**

Numero totale di prime visite ambulatoriali \_\_\_\_\_\_

Numero totale di visite di controllo \_\_\_\_\_\_

Numero di pazienti ricoverati \_\_\_\_\_\_

**Numero di nuove diagnosi per ciascuno di questi gruppi di patologie**

Insonnie \_\_\_\_\_\_ Disturbi ritmo sonno-veglia \_\_\_\_\_\_

Narcolessia e altre ipersonnie \_\_\_\_\_\_ Epilessie \_\_\_\_\_\_

Parasonnie NREM \_\_\_\_\_\_ Parasonnie REM \_\_\_\_\_\_

Disturbi del movimento \_\_\_\_\_\_ Sindromi da apnee nel sonno \_\_\_\_\_\_

Cheyne-Stokes \_\_\_\_\_\_ Altri dist. respiratori nel sonno \_\_\_\_\_\_

Altro (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

**Numero di prestazioni strumentali eseguite**

Polisonnografie assistite \_\_\_\_\_\_ di cui con registrazione video \_\_\_\_\_\_

Polisonnografie non assistite \_\_\_\_\_\_ di cui con registrazione video \_\_\_\_\_\_

Monitoraggi cardiorespiratori (≥8 canali) \_\_\_\_\_\_

Saturimetrie \_\_\_\_\_\_

Titolazioni notturne CPAP/altri ventilatori eseguite in laboratorio \_\_\_\_\_\_

Titolazioni notturne CPAP/altri ventilatori eseguite a domicilio \_\_\_\_\_\_

Monitoraggi CO2 transcutanea (anche nell’ambito di uno degli studi precedenti) \_\_\_\_\_\_

MSLT \_\_\_\_\_\_\_

MWT \_\_\_\_\_\_\_

Attigrafie \_\_\_\_\_\_\_

Altro (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ Altro (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

**Numero di pazienti riferiti ad altri centri per completamento/approfondimento iter diagnostico \_\_\_\_\_\_**

**Numero di pazienti che hanno avuto prescritto i seguenti trattamenti nella struttura:**

Per patologie non respiratorie

Trattamenti farmacologici \_\_\_\_\_\_ Terapie cognitivo-comportamentali \_\_\_\_\_\_

Altra terapia (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

Altra terapia (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

Per disturbi respiratori nel sonno

CPAP \_\_\_\_\_\_ Auto-CPAP \_\_\_\_\_\_

ASV \_\_\_\_\_\_ Altre ventiloterapie \_\_\_\_\_\_

Dispositivi orali \_\_\_\_\_\_

Terapie farmacologiche/ossigeno \_\_\_\_\_\_

Trattamento dimagrante con follow-up periodico (erogato nella struttura) \_\_\_\_\_\_

Trattamenti chirurgici (erogati nella struttura) \_\_\_\_\_\_

Stimolazione elettrica \_\_\_\_\_\_

Altre terapie( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

Altre terapie( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

**Numero di pazienti riferiti ad altri centri per il trattamento \_\_\_\_\_\_**