

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU I ZAŁĄCZNIKÓW DLA UZYSKANIA CERTYFIKATU  
INDYWIDUALNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO W ZAKRESIE ELEKTROTERAPII I  
ELEKTROFIZJOLOGII

Wniosek oraz niezbędne załączniki powinny być wypełnione w wersji elektronicznej i wydrukowane oraz podpisane przez kandydata oraz w przypadku załączników potwierdzających liczbę wykonanych procedur również przez kierownika ośrodka (kierownika pracowni, kierownika kliniki, ordynatora oddziału, dyrektora szpitala)

Wniosek oraz załączniki (listy wykonanych procedur) zarówno w wersji elektronicznej (płyta CD, dysk USB) jak i wydruk wraz z kserokopią dyplomu specjalisty kardiologa (dla posiadających), życiorysem, listem rekomendującym, zastawieniem wraz z kopiami certyfikatów uczestnictwa w kongresach, konferencjach, warsztatach (o których mowa w Zasadach Przyznawania ...) należy wysłać pocztą na adres Przewodniczącego Zarządu Sekcji.

#### **WNIOSEK**

**Imię i nazwisko** – imię i nazwisko kandydata starającego się o przyznanie certyfikatu indywidualnego

**Miejsce głównego zatrudnienia** – miejsce pracy kandydata, które jest wykazane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych jako właściwego dla opłacania składki emerytalnej

**Adres do korespondencji** – adres na który będzie kierowana korespondencja związana z przyznaniem certyfikatu oraz zaświadczenie o jego przyznaniu

**Adres e-mail** – adres mailowy kandydata

**Nr telefonu** – numer telefonu kandydata (preferowany komórkowy)

**Data uzyskania specjalizacji z kardiologii** – data na dyplomie uzyskania specjalizacji z kardiologii

**Wnioskuje o przyznanie** – należy zakreślić właściwy kwadrat – TYLKO JEDEN. Osoby ubiegające się o certyfikat „operatora elektroterapii” i „eksperta elektroterapii” nie aplikują o certyfikat „lekarza specjalisty w zakresie kontroli urządzeń”, gdyż jest on elementem dwóch wymienionych wcześniej certyfikatów.

**Załączniki** – należy zakreślić nadesłane załączniki wymagane dla uzyskania danego certyfikatu indywidualnego

**Zgoda na przetwarzanie danych** – Zgoda jest wymagana dla uzyskania certyfikatu, jej brak uniemożliwi rozpoczęcie procesu przyznawania certyfikatu indywidualnego. Wymagana jest także zgoda kandydata na publikację imienia i nazwiska, numeru prawa wykonywania zawodu wraz z miejscem (miejscami) zatrudnienia w serwisach internetowych PTK

#### **ZAŁĄCZNIKI 2-4 (Pola wspólne)**

Załączniki 2-4 należy wypełnić oddzielnie dla każdego miejsca wykonywania procedur medycznych.

**Imię i nazwisko** – Imię i nazwisko kandydata starającego się o przyznanie certyfikatu indywidualnego

**Nr PWZ** – Numer prawa wykonywania zawodu

**Nazwa i adres Ośrodka** – Nazwa i adres ośrodka, w którym zostały wykonane procedury z załączonej listy

**Kierownik Ośrodka** - Kierownik Ośrodka (kierownik pracowni, kierownik kliniki, ordynator oddziału, dyrektor szpitala) , w którym zostały wykonane procedury z załączonej listy

**L.p.** – Liczba porządkowa procedury – numeracja od 1 do nr ostatniego rekordu spisu procedur

**Data zabiegu/Data kontroli** – Data wykonania danej procedury

**Nr zabiegu/Nr kartoteki** – Numer identyfikujący źródłową dokumentację chorego.

Numer zabiegu – nr w księdze zabiegowej lub numer historii pobytu chorego na oddziale lub nr księgi głównej szpitala.

Nr kartoteki – Nr kartoteki pacjenta w Poradni Kardiologicznej lub w Poradni Kontroli, lub inny numer identyfikujący dokumentację z przeprowadzonej kontroli urządzenia

**Inicjały pacjenta** – Wg formatu: inicjał pierwszego imienia.inicjał nazwiska

## **ZAŁĄCZNIK 2**

**Typ urządzenia** – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTP

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

**Rodzaj zabiegu** - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Wszczepienie, Wymiana, Rozbudowa (up-grade)

## **ZAŁĄCZNIK 3**

**Typ urządzenia** – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTP

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

## **ZAŁĄCZNIK 4**

Załącznik wypełniają wyłącznie osoby ubiegające się o certyfikat indywidualny „lekarza specjalisty kontroli urządzeń”.

**Typ urządzenia** – pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy:

Dla stymulatorów serca: VVI, AAI, DDD, CRTP

Dla kardiowerterów-defibrylatorów: VVICD, DDDCD, CRTD

**Rodzaj zabiegu** - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Wszczepienie, Wymiana, Rozbudowa (up-grade)

**Uczestnictwo** - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Obserwacja, Asysta

## **ZAŁĄCZNIK 5**

**Rodzaj procedury** - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Badanie EPS (jedynie dla procedury badania elektrofizjologicznego, które nie zakończyło się ablacją), Ablacja

**Rodzaj ablacji** - pole wyboru umożliwia wprowadzenie jednej wartości z listy: Ablacja standardowa (dla wszystkich procedur ablacji, które nie są wymienione w pozostałych polach), Ablacja AF (ablacja polegająca na izolacji żył płucnych z lub bez dodatkowych linii ablacyjnych), Ablacja VT (ablacja częstoskurczów komorowych/burzy elektrycznej), Ablacja - wada wrodzona (ablacja wykonana u chorego po korekcji chirurgicznej wrodzonej wady serca), Ablacja do 16 r.ż. (Ablacja wykonana u dzieci i młodzieży do ukończenia 16 r.ż.).