**FORMULARIO PARA LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES PARA LA FORMACION**

**EN CIRUGIA VASCULAR**

Centro:

Dirección:

Provincia:

Código Postal:

Tfno:

E-mail:

Director del Servicio:

* Infraestructura y equipamiento necesario según guías de la SECCE: Nº quirófanos / laboratorios con tecnología radiológica / óptica. Nº equipos ecodoppler.
* Volumen de procedimientos endovasculares en último año (20,,..):
* Nombre cirujano/s cardiovascular/es con experiencia ( >350 casos totales año, dominio de todos los procedimientos) y acreditado por SECCE:

1.

2.

3.

* Nº procedimientos quirúrgicos vasculares urgentes /anual (último año):
* Procedimientos y exploraciones realizadas (nº / último año)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cirugía arterial aorta / grandes vasos |  | Endoprótesis aorta torácica |  |
| Cirugía arterial periférica |  | Endoprótesis aorta abdominal |  |
| Cirugía patología venosa |  | Endoprótesis troncos supraaórticos |  |
| Cirugía patología linfática |  | Otras técnicas percutáneas vasculares |  |
|  |  |  |  |
| Exploraciones ecográficas |  | Otras exploraciones vasculares |  |

* Guardia localizada 24 horas: si / no
* Publicaciones: (enviar fotocopia)

· 5 abstracts admitidos en últimos 3 años

· 2 artículos en revista incluida en Medline en últimos 3 años

Fdo:

En a de del 201..