**Žiadosť o zaradenie gastroenterologického pracoviska do programu skríningu kolorektálneho karcinómu**

Žiadosť o zhodnotenie a zaradenie gastroenterologického pracoviska do zoznamu skríningových pracovísk sa zasiela na MZ SR, odboru verejného zdravia, skríningu a prevence, pre skríningovú kolonoskopiu a primárnu skríningovú kolonoskopiu a musí obsahovať nasledujúce:

 **Tabuľka č. 2**: Identifikačné údaje gastroenterologického pracoviska

|  |  |
| --- | --- |
| Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: |  |
| Adresa: |  |
|  IČO:  |  |
| DIČ: |  |
| Štatutárny orgán:  |  |
| Telefónne číslo:  |  |
| E-mailová adresa:  |  |

Personálne zabezpečenie: zoznam zdravotníckych pracovníkov na účely tohto štandardného postupu na výkon prevencie je lekár špecialista, ktorý vykonal za ostatné tri roky minimálne 200 kolonoskopických vyšetrení ročne a 30 polypektómií ročne a má špecializáciu v jednom zo špecializačných odborov:

 a gastroenterológia,

 b chirurgia s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia,

c vnútorné lekárstvo s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia.

 Meno a priezvisko lekára, rok získania špecializácie, respektíve certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia sa uvádza v nasledovnej tabuľke.

**Tab. č. 3**: Personálne zabezpečenie gastroenterologického pracoviska pre SK a PSK - lekár

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Meno a priezvisko lekára: | Špecializačný odbor: | Uviesť A kód P kód | Rok získania špecializácie | Rok získania certifikátu |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

Meno a priezvisko sestry, rok získania odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra, respektíve certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti endoskopické vyšetrovacie metódy sa uvádza v nasledovnej tabuľke.

Tab. č. 4: Personálne zabezpečenie gastroenterologického pracoviska pre SK a PSK - sestra

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Meno a priezvisko sestry | Stupeň získaného vzdelania sestry | Rok získania odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania sestra | Rok získania certifikátu endoskopické vyšetrovacie metódy |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

2**. Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska žiadajúceho o zapísanie do zoznamu pracovísk vykonávajúcich skríningovú kolonoskopiu (počet, typ a rok výroby)**: kolonoskop, procesor, svetelný zdroj, odsávacie zariadenie, elektrochirurgická jednotka, ručný dezinfektor, práčka, polypektomická sľučka, ihla na zastavovanie krvácania a bioptické kliešte, kyslíková fľaša, oximeter

**Tab. č. 5**: Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska pre výkon SK a PSK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Technika | Typ | Rok výroby |
| Flexibilný Kolonoskop |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| Procesor |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |  |
| Svetelný zdroj |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**Tab. č. 5: Materiálno - technické vybavenie gastroenterologického pracoviska pre výkon SK a PSK (pokračovanie)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Technika | Typ | Rok výroby |
| Odsávacie zariadenie |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  | Elektrochirurgická jednotka k endoskopom |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| Zariadenie na manuálnu alebo prístrojovú dekontamináciu endoskopu/ dezinfektor  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| Polypektomická slučka |
| Počet neuvádzať |  | Rok výroby neuvádzať |
| Ihla na endoskopické zastavenie krvácania v tráviacom trakte |
| Počet neuvádzať |  | Rok výroby neuvádzať |
| Bioptické kliešte |
| Počet neuvádzať |  | Rok výroby neuvádzať |
| Kyslíková fľaša |  | Rok výroby neuvádzať |
| Oxymeter |  | Rok výroby neuvádzať |

**3. Odborný garant gastroenterologického pracoviska má skúsenosti s vykonávaním:**

kolonoskopie a s diagnostikou kolorektálneho karcinómu, vykonávaním biopsie a polypektómie (počet vykonaných výkonov v jednotlivých kategóriách za posledné tri roky). Vykonanie uvedených zdravotných výkonov potvrdzuje predložením ročného výkazu týchto zdravotných výkonov zasielaného NCZI alebo výpisom zdravotných výkonov z príslušnej zdravotnej dokumentácie, ktorá je potvrdená podpisom odborného garanta k 1.1 NCZI poskytne zozbierané výkazy za podmienok a v súlade s platnou legislatívou NOI a povereným osobám MZ SR určeným pre certifikáciu a recertifikáciu pracovísk vykonávajúcich skríning kolorektálneho karcinómu jedenkrát ročne k 31.1.

**Tab. č. 6: Počet výkonov kolonoskopie a polypektómie za posledné 3 roky**

|  |
| --- |
| Počet kolonoskopií vykonaných odborným garantom pracoviska za ostatné tri roky |
| Rok: | Rok: | Rok: |
| Počet: | Počet: | Počet: |
| Počet polypektómií vykonaných odborným garantom pracoviska za ostatné tri roky |
| Rok: | Rok: | Rok: |
| Počet: | Počet: | Počet: |

**4. Svojim podpisom na tejto žiadosti čestne vyhlasujem, že pracovisko spĺňa podmienky na zaradenie do programu skríning kolorektálneho karcinómu**

Súhlasím, že:

a umožním na požiadanie Národného onkologického inštitútu resp. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky požiadavky uvedené v bodoch 1. až 4. preveriť,

b budem dodržiavať podmienky a kritériá skríningového programu,

 c budem zasielať informácie v elektronickej podobe podľa preddefinovaného formuláru , ktorý je k dispozícii na adrese, ktorú obdržím spolu s heslom a login kódom po kladnom vybavení uvedenej žiadosti

, d v prípade, že nepošlem v priebehu roka ani jeden formulár, stratím oprávnenie vykonávať skríningové a primárne skríningové kolonoskopie a budem od nasledujúceho roka vyradený zo zoznamu skríningových pracovísk aktualizovaných na webovom sídle MZSR.

V ........................... dňa ................. .................................

podpis