



**CENSIMENTO U.O. PNEUMOLOGIA IN LOMBARDIA
DEGENZA per PAZIENTI ACUTI**

*Si prega di restituire il questionario compilato entro il 30 maggio 2011
mezzo fax al nr. 02/36590360 o mezzo mail a aiposegreteria@aiporicerche.it*

DATI U.O.

Azienda Ospedaliera.....

Unità Operativa:

semplice complessa

Indirizzo:

Direttore:

Medici componenti Equipe (Nr.):

Specialità in :

Pneumologia.....

Rianimazione.....

Medicina Interna.....

Altro

Età media personale medico:

Numero infermieri:.....

Numero altre figure sanitarie: (es. fisioterapisti)

Indirizzo mail:

Come è organizzato il servizio di guardia sulle 24 ore:

- guardia attiva: presenza del medico pneumologo per 24 ore
- reperibilità dello pneumologo sulle 24 ore
- lo pneumologo partecipa con altri medici ai turni di guardia interdivisionale
- lo pneumologo partecipa con altri medici ai turni di guardia interdivisionale e PS

reperibilità broncoscopia : SI NO

DEGENZA

posti letto: SI NO numero:

Numero di ricoveri ordinari/anno:

Numero di ricoveri in DH/anno:

Letti Monitorati (UTIR)

SI NO

Numero posti letto:.....

in area unica Sub Intensiva con altre specialità

aggregati all' UO

altro:

Ventiloterapia invasiva SI NO interventi/anno

Intubati SI NO

Tracheostomizzati da ospedale SI NO

Tracheostomizzati da casa SI NO

Ventiloterapia non invasiva SI NO interventi/anno.....

DAY HOSPITAL

SI NO

Numero posti letto:.....

Effettua chemioterapia NPL polmonari : SI NO

Servizio di FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA (aggregato all' UO)

SI NO

Spirometri (Nr.):

Spirometri portatili (Nr.):

Pletismografo corporeo: SI NO

Test Diffusione: SI NO

Test del cammino: SI NO

Saturimetria notturna: SI NO

Poligrafia (Polisonnografia) SI NO

domiciliare ricoverato

Monitoraggio cardiorespiratorio: SI NO

Emogas Analizzatore (presso UO): SI NO

Test Metacolina: SI NO

Dosimetrico Aerosolizzazione continua

Meccanica respiratoria: SI NO

Circa numero di esami totali/anno

.....

Posti letto per polisonnografia II livello: SI NO

Test da sforzo cardio-respiratorio: SI NO

Servizio di BRONCOSCOPIA

SI NO

Esami anno:

Biopsie bronchiali: SI NO

Biopsie transbronchiali: SI NO

BAL: SI NO

Agobiopsie linfonodali: SI NO

Broncoscopie con broncoscopio rigido: SI NO

Laserterapia: SI NO

Fibrobroncoscopia interventistica: SI NO

(valvole bronchiali)

TORACOSCOPIA

SI NO

Numero di esami/anno:

Cateterismo cardiaco destro

SI NO

Numero di esami/anno:

AMBULATORI: attività (Nr. approssimativo visite)

▪ **Pneumologico** SI NO

Nr. visite anno:

▪ **Insufficienza Respiratoria – Ossigenoterapia** SI NO

Nr. visite anno:

Allergologia Respiratoria – Asmologia SI NO

Nr. visite anno:

Test allergologici SI NO

▪ **Interstiziopatie polmonari** SI NO

Nr. visite anno:

▪ **Ipertensione Polmonare** SI NO

Nr. visite anno:

- **Distrurbi respiratori del Sonno** SI NO

Nr. visite anno:

- **Oncologia polmonare** SI NO

Nr. visite anno:

- **Ambulatorio Tisiologico (ex CPA)** SI NO

Nr. visite anno:

- **Ambulatorio per SLA** SI NO

- **Ambulatorio malattie neuromuscolari** SI NO

Nr. visite anno:

Altro/i Ambulatorio/i (specificare):

.....

ORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALITA' NELL'OSPEDALE

- Reparti – UO (modello classico) : SI NO
- Aree per intensità di cura in cui sono inseriti letti variabili specialistici:
SI NO

osservazioni :

.....
.....
.....