



**CENSIMENTO U.O. PNEUMOLOGIA IN LOMBARDIA
DEGENZA RIABILITATIVA**

*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:

Indirizzo mail:

Organizzazione Dipartimentale con:

Fisiatri:

Neurologi:

Cardiologi:

Direttore:

Pneumologo:

Fisiatra:

Neurologo:

Cardiologo:

Internista :

Altro:

Medici componenti Equipe (Nr.):

Pneumologi:

Rianimatori:.....

Internisti:

Altro:

Età media personale medico:

Numero infermieri:.....

Numero altre figure sanitarie:

Fisioterapisti:

Psicologi:

Dietisti:.....

Logopedisti:.....

Possibilità consulenze :

Cardiologiche: SI NO

Rianimatori: SI NO

Neurologiche: SI NO

Fisiatriche: SI NO

Infettivologiche: SI NO

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

DEGENZA

posti letto: SI NO numero:

Numero di ricoveri ordinari/anno:

Letti Monitorati

SI NO

Numero posti letto:.....

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:.....

Programmi di DH riabilitativi: SI NO

Numero di ricoveri in DH/anno:.....

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

Attività di BRONCOSCOPIA

SI NO

Esami anno:

Biopsie bronchiali: SI NO

Biopsie transbronchiali: SI NO

BAL: SI NO

AMBULATORI: attività (Nr. approssimativo visite)

- **Programmi riabilitativi ambulatoriali** SI NO

Nr./anno:

- **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

▪ **Ambulatorio per SLA** SI NO

▪ **Ambulatorio malattie neuromuscolari** SI NO

Nr. visite anno:

Altro/i Ambulatorio/i (specificare):

.....

osservazioni :

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