**Antrag für Zertifikat Notfallsonographie**

Name       Vorname       Titel

Adresse

1. **Kurse (Kopien beilegen) Leiter/ Ort Datum**

 [ ]  Grundkurs Abdomen

 [ ]  Grundkurs Notfallsonographie

 [ ]  Grundkurs Abdomen u. Notfallsonographie zus.

 [ ]  Kurs Fokussierte Echokardiographie

 [ ]  Kurs Echokardiographie

1. **Untersuchungen** (Erläuterungen auf der Rückseite)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Untersuchungen / Pathologie gefordert** | **Mindest-Anzahl****Gesamt / pathologisch** | **Anzahl durchgeführt****Gesamt / pathol.** | **Bestätigt durch / Anzahl****(siehe Pkt. 6)** |
| E-FAST / freie Flüssigkeit oder freie Luft | 25 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor 1 /      [ ]  CT 2/      [ ]  Op 3/       |
| Gallenblase / Steine | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Sono 4/      [ ]  CT /      [ ]  Op /       |
| Blase, Niere / Nierenstauung | 20 / 05 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Sono /      [ ]  CT /      [ ]  Op /       |
| Venenkompression 2-Pkte / Thrombose | 25 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Sono /      [ ]  CT /      [ ]  Op /       |
| Aorta / Aneurysma | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Sono /      [ ]  CT /      [ ]  Op /       |
| Sono-gesteuerte Punktion | 10 |       |  |
| Linksventr. Funktion (EF) / eingeschränkt | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Echo 5/       |
| Rechter Ventrikel Grösse / vergrössert | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Echo /      [ ]  CT /       |
| Perikard / Erguss | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Echo /      [ ]  CT /       |
| V. cava inferior / dilat. oder leer | 20 / 5 |       /       | [ ]  Supervisor /      [ ]  qualif. Echo /      [ ]  CT /       |

1. Supervisor: Leiter und Tutoren der Notfallsonographie-Kurse. Diese können das Supervisieren an ihnen bekannte und dazu befähigte Sonographeure delegieren
2. CT = Computertomograohie resp. MRI
3. Op = Operation, Bestätigung durch Operationsbericht
4. Qualifiziertes Sono: durchgeführt von einem Sonographeur mit dem entsprechendem Fähigkeitskausweis (Abdomen, Urologie, Angiologie) von A, CH, D
5. Qualifiziertes Echo: durchgeführt von einem Facharzt Kardiologie resp. von einem Arzt, welcher eine vollständige, qualifizierte Echokardiographie durchführen kann.
6. 50 % der Untersuchungen müssen supervidiert sein. Ebenfalls zulässig ist die Bestätigung einer weiteren Untersuchung, welche den Sachverhalt bestätigt (CT, MRI, Operation, Echokardiographie eines Kardiologen, funktionierende Analgesie, validierte Katheterlage). ≥ 25 % der Untersuchungen müssen unter direkter Supervision stattfinden.
7. **Supervidierte Untersuchungen**

|  |
| --- |
| Supervisor/en |
| Name/Vorname/Qualifikation, Institution | Unterschrift |
| 1.       |  |
| 2.       |  |
| 3.       |  |
| 4.       |  |
| 5.       |  |
| 6.        |  |
| 7.       |  |
| 8.       |  |
| 9.        |  |
| 10.       |  |
| 11.       |  |
| 12.       |  |
| 13.       |  |
| 14.       |  |
| 15.       |  |

Kopien der Untersuchungen können eingefordert werden, incl. Unterschrift vom Supervisor, CT-Befunden, Ops-Berichten oder qualifizierten Sonographieberichten.

1. **Kommentar**

Ich bestätige, dieses Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Datum Unterschrift