**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