

A - DATI CENTRO

I dati devono essere riferiti al centro principale, nel caso siano presenti centri satellite.

C1. Ospedale in cui ha sede il Centro Principale

Denominazione (*specificare*) _____

C2. Riferimenti del Centro

Denominazione _____

Indirizzo _____

Numero civico _____

Città _____

CAP _____

Provincia _____

Regione _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

C3. Sito web del Centro

NO

SI (*Specificare indirizzo URL*) _____

C4. Direttore del Centro

Cognome (*specificare*) _____

Nome (*specificare*) _____

C5. Il Direttore del Centro è Professore universitario

SI

NO

C6. Responsabile del Censimento

Cognome (*specificare*) _____

Nome (*specificare*) _____

Indirizzo e-mail (*specificare*) _____

Cellulare (*specificare*) _____

B - PARTE GENERALE

C7. Tipo Centro

- Unità Operativa Complessa
- Unità Operativa Semplice
- Ambulatorio
- IRCS
- Altro (*Specificare*) _____

C8. Centro Adulti-Pediatrico

- Pediatrico
- Adulti
- Misto

C9. Centro Pubblico-Privato

- Pubblico
- Privato convenzionato
- Privato non convenzionato
- Altro tipo di Centro (*Specificare*) _____

C10. Numero di Strutture Semplici presenti all'interno del Centro

(mettere 0 in caso di assenza)

Strutture semplici (*specificare numero*) _____

C11. All'interno dell'ospedale in cui si trova il Centro è presente un Centro Trapianti Renale

- SI ed è gestito dal Centro
- SI ma non è gestito dal Centro
- NO non è presente

C12. Il Centro dispone di un riconoscimento ufficiale del sistema qualità

(nel caso siano disponibili più forme di accreditamento scegliere quella più rilevante)

- Accreditamento generico Regionale
- Accreditamento specifico per Nefrologia
- Accreditamento Ospedale
- Certificazione ISO
- Altro tipo di certificazione
- Nessuna certificazione né accreditamento
- Non so

C13. Indicare per quali settori di attività il Centro dispone di programmi informatizzati:

- Amministrazione - gestione globale dell'Ospedale
- Emodialisi
- Dialisi Peritoneale
- Trapianto
- Degenza
- Ambulatorio
- Il Centro non ha programmi per la gestione dei settori sopraindicati

C14. Il Centro dispone di un questionario di soddisfazione dell'utente

- SI per la degenza
- SI per la dialisi
- SI per l'ambulatorio
- NO
- NON SO

C15. Esistono riunioni periodiche tra il Centro e la Direzione Generale

- SI
- SI solo per il budget
- NO
- NON SO

C16. Il Centro dispone di Procedure, Best Practice o Percorsi condivisi

- SI con la Regione (PDTA regionali)
- SI con la Direzione Sanitaria dell'ospedale
- SI con altri Specialisti dell'ospedale
- SI con Nefrologi di altri Centri
- SI con i Medici di Medicina Generale
- NO
- NON SO

C17. Centri Satellite:

(considerare come satelliti le seguenti tipologie di centri:

CAL - CAD – DECENTRATI – DIALISI PER AMBULATORIALI – DIALISI PER AMBULATORIALI E ACUTI - ALTRO)

(mettere 0 in caso di assenza e saltare la sezione seguente relativa ai Centri satellite cliccando sul tasto AVANTI)

Centri satellite (numero) _____

C – CENTRI SATELLITE

Compilare la seguente sezione nel caso il centro principale disponga di una delle seguenti tipologia di centro: CAL - CAD
– UDD - DIALISI PER AMBULATORIALI – DIALISI PER AMBULATORIALI E ACUTI – NEFROLOGIA e DIALISI - ALTRO

C18. Riferimenti del Centro Satellite A

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

C19. Riferimenti del Centro Satellite B

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

C20. Riferimenti del Centro Satellite C

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

C21. Riferimenti del Centro Satellite D

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

C22. Riferimenti del Centro Satellite E

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

C23. Riferimenti del Centro Satellite F

Tipologia centro _____
Nome struttura _____
Indirizzo _____
Numero civico _____
Città _____
CAP _____
Provincia _____
Telefono _____

D - DEGENZA

C24. Tipo di degenza ordinaria disponibile al 31-12 -2014

- Degenza autonoma
- Degenza con altri reparti o dipartimentale ma con specifica dimissione nefrologico
(Specificare Reparto o Dipartimento) _____
- Degenza in consulenza senza specifica dimissione nefrologico
- Nessuna degenza disponibile
- Altro tipo di degenza (specificare) _____

C25. Letti di degenza ordinaria con dimissione nefrologica disponibili al 31-12-2014

- Letti totali con dimissione nefrologica, escludendo quelli conteggiati nel punto seguente di questa domanda (numero) _____
- Letti attrezzati per cura intensiva/semintensiva con dimissione nefrologica (numero) _____
- Il Centro non dispone di letti autonomi, in altri reparti o dipartimentali con dimissione nefrologica

C26. Come viene garantita la copertura del servizio notturno e di domenica

- Guardia attiva del nefrologo
- Reperibilità del nefrologo
- Nessuna copertura
- Altra modalità di copertura (specificare) _____

C27. Ricoveri con dimissione nefrologica effettuati nel 2014

- Ricoveri (numero) _____
- La struttura non effettua ricoveri con dimissione nefrologica

C28. Consulenze a pazienti ricoverati effettuate nel corso del 2014

- Consulenze (numero) _____
- Il Centro non effettua consulenze a pazienti ricoverati
- Non so il numero non è reperibile

C29. Il Centro dispone di percorsi strutturati di post-dimissione

- SI
- NO
- Il Centro non dispone di letti autonomi, in altri reparti o dipartimentali con dimissione nefrologica
- Non so

C30. Da quali reparti Il Centro riceve con più frequenza trasferimenti di pazienti degenti

(indicare i 3 reparti con maggiore frequenza di trasferimenti)

- Reparto 1 (specificare) _____
- Reparto 2 (specificare) _____
- Reparto 3 (specificare) _____
- Il Centro non dispone di letti autonomi, in altri reparti o dipartimentali con dimissione nefrologica
- Non so

C31. I Letti di Day Hospital/Day Service sono gestiti con personale del Centro

- Si
- No
- Il Centro non dispone di letti di Day Hospital/Day Service

C32. Giornate di Day Hospital/Day Service effettuate nel corso del 2014

- Giornate (*numero*) _____
- Il Centro non dispone di letti di Day Hospital/Day Service
- Non so

C33. Biopsie renali effettuate nel proprio Centro nel corso del 2014

(Non inserire le biopsie effettuate in altri centri o quelle effettuate su rene trapiantato)

(mettere 0 in caso il Centro non effettuino Biopsie renali in modo autonomo)

Biopsie Renali (*numero*) _____

C34. Chi legge abitualmente le biopsie renali

- Nefrologo
- Anatomopatologo dello stesso ospedale
- Anatomopatologo di altro ospedale
- Nefrologo e Anatomopatologo insieme
- Altro (*Specificare*) _____

E - DIALISI E TRAPIANTO

(Nelle domande in cui tutte le risposte sono obbligatorie inserire **0** se non ci sono eventi relativi a quella risposta)

C35. Posti letto di HD

(Considerare nel numero di posti letto anche quelli contumaciali)

Centro Principale (numero) _____

Centri Satellite (numero) _____

C36. Posti letto di HD contumaciali con postazione isolata

(Considerare tutti i posti letto del Centro Principale e dei Centri Satelliti)

HBsAg (numero) _____

HIV (numero) _____

HCV (numero) _____

C37. Pazienti prevalenti in HD al 31-12-2014

Centro Principale (numero) _____

Centri Satellite (numero) _____

Domiciliari (numero) _____

C38. Pazienti prevalenti in HD in trattamenti convettivo di qualunque tipo al 31-12-2014

(Considerare quelli del Centro Principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari)

Pazienti (numero) _____

C39. Pazienti prevalenti in HD portatori di Catetere per dialisi permanente al 31-12-2014

(Considerare quelli del Centro Principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari)

Pazienti (numero) _____

C40. Pazienti prevalenti in DP al 31-12-2014

CAPD (numero) _____

APD (numero) _____

C41. Pazienti prevalenti con Trapianto seguiti dal Centro al 31-12-2014

(NB per i centri con trapianto inserire solo i pazienti che erano in dialisi presso il proprio Centro prima del Trapianto o seguiti solo dal Centro Trapianto e non dai centri di origine)

Pazienti (numero) _____

C42. Pazienti immessi in HD nel corso del 2014

(Considerare quelli del Centro principale, dei Centri Satelliti e Domiciliari)

Nuovi pazienti (numero) _____

Da DP (numero) _____

Da Trapianto (numero) _____

Trasferiti da altro Centro (numero) _____

C43. Pazienti immessi in DP nel corso del 2014

Nuovi pazienti (numero) _____

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio (numero) _____

Da Trapianto (numero) _____

Trasferiti da altro Centro (numero) _____

C44. Pazienti Trapiantati nel corso del 2014

(NB i centri con trapianto devono inserire solo i pazienti seguiti dal proprio centro prima del trapianto)

Pre-emptive da vivente (numero) _____

Pre-emptive da cadavere (numero) _____

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio da vivente (numero) _____

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio da cadavere (numero) _____

In DP da vivente (numero) _____

In DP da cadavere (numero) _____

C45. Pazienti Deceduti nel corso del 2014

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio (numero) _____

In DP (numero) _____

In Trapianto (numero) _____

C46. Pazienti con ripresa funzionale nel corso del 2014

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio (numero) _____

In DP (numero) _____

C47. Pazienti trasferiti ad altri centri nel corso del 2014

In HD trattati nel Centro Principale, nei Centri Satellite o a Domicilio (numero) _____

In DP (numero) _____

In Trapianto (numero) _____

C48. Trattamenti di HD effettuati in Nefrologia o Altri reparti a pazienti acuti e a pazienti cronici non conosciuti prima, nel corso del 2014

(suddividere i trattamenti a seconda dei reparti in cui sono stati effettuati)

Nefrologia (numero) _____

Altri reparti (numero) _____

Non so in quanto il dato non è reperibile

C49. Pazienti trattati in Terapia Intensiva (Rianimazione o UTI) nel corso 2014

Pazienti (numero) _____

Non so in quanto il dato non è reperibile

C50. L'assistenza infermieristica durante i trattamenti in Terapia Intensiva normalmente è a carico degli infermieri della:

Nefrologia

Terapia Intensiva con chiamata degli infermieri della nefrologia per urgenza o cambio sacche

Terapia Intensiva

Altra modalità organizzativa (specificare) _____

Il centro non effettua trattamenti in terapia intensiva

C51. Trattamenti di plasmateresi effettuati nel corso del 2014

Trattamenti (numero) _____

C52. Interventi per FAV eseguiti nel 2014

(Riportare solo gli interventi di FAV sia native che protesiche eseguiti sui pazienti in carico al Centro)

Totali interventi (numero) _____

Interventi eseguiti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (numero) _____

Interventi eseguiti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (numero) _____

C53. Interventi per FAV con protesi eseguiti nel 2014

(Riportare solo gli interventi di FAV protesiche eseguiti sui pazienti in carico al Centro)

Totali interventi (numero) _____

Interventi eseguiti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (numero) _____

Interventi eseguiti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (numero) _____

C54. Cateteri tunnellizzati inseriti nel 2014

(Riportare solo le inserzioni eseguite sui pazienti in carico al Centro)

Totali cateteri (numero) _____

Cateteri inseriti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (numero) _____

Cateteri inseriti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (numero) _____

C55. Cateteri peritoneali inseriti nel 2014

(Riportare solo le inserzioni eseguite sui pazienti in carico al Centro)

Totali cateteri (numero) _____

Cateteri inseriti da Nefrologo del proprio Centro come primo operatore (numero) _____

Cateteri inseriti da Nefrologo di altro Centro come primo operatore (numero) _____

C56. Il Centro dispone di una sala operatoria per allestire l'accesso dialitico

- SI propria
- SI condivisa
- NO

C57. Esistono barriere architettoniche che ostacola l'accesso in dialisi ai pazienti in carrozzina

(Considerare sia il Centro principale che quelli Satelliti)

- SI
- NO
- NON SO

F - AMBULATORI E APPARECCHIATURE

C58. Ambulatori presenti nel Centro

(selezionare la risposta solo nel caso l'ambulatorio sia specificamente dedicato alla patologia riportata)

- SI di nefrologia generale
- SI per CKD 1° e/o 2°
- SI per CKD 3° e/o 4° stadio
- SI per CKD 5° stadio
- SI per le cure palliative
- SI per il trapianto
- SI per l'ipertensione
- SI per la calcolosi
- SI per rene e gravidanza
- SI per alterazioni dei fluidi - elettroliti e acido base
- SI per Nefropatie rare / genetiche
- Si altro (*specificare*) _____
- Nessun ambulatorio di quelli elencati precedentemente è presente nel Centro

C59. Tipo di apparecchiature utilizzate nel Centro

- Ecografo/ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Bioimpedenziometro
- Holter pressorio (ABPM)
- Altra apparecchiatura (*specificare*) _____
- Nessuna delle suddette apparecchiature è utilizzata nel Centro

C60. Ecografie effettuate mediamente in un anno dai Nefrologi del Centro

- 0
- 1 - 250
- 251 - 500
- > 500

C61. Nel Centro il Nefrologo effettua l'ecocolordoppler

- SI regolarmente per la valutazione dell'albero vascolare prima di allestire l'accesso dialitico
- SI regolarmente per la valutazione delle FAV
- SI per la valutazione delle FAV in caso di complicanze
- SI per l'inserimento dei cateteri venosi centrali
- SI per la valutazione delle arterie renali
- SI per la valutazione dei tronchi sovra-aortici
- SI per la valutazione dei vasi degli arti inferiori
- NO nel centro il nefrologo non effettua questo esame

C62. In ambulatorio si effettuano regolarmente prelievi ematici ai pazienti con CKD

- SI ai pazienti con CKD stadio 3°
- SI ai pazienti con CKD stadio 4°
- SI ai pazienti con CKD stadio 5°
- NO a nessuno dei pazienti sopraelencati

G - PERSONALE

(Nelle domande in cui tutte le risposte sono obbligatorie inserire **0** se non ci sono eventi relativi a quella risposta)

C63. Medici dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2014

(Inserire tutti i medici presenti, compresi: direttore, borsisti, frequentatori, specializzandi ecc)

Maschi (numero) _____

Femmine (numero) _____

C64. Tipologia medici dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2014

Con contratto a tempo indeterminato (numero) _____

Con contratto a tempo determinato (numero) _____

Borsisti (numero) _____

Specializzandi (numero) _____

Frequentatori (numero) _____

Altro tipo (numero) _____

C65. Medici con più di 60 anni dipendenti dal Centro in servizio al 31-12 2014

Medici >60 anni (numero) _____

C66. Personale sanitario non medico in servizio nel Centro al 31-12 2014

(Considerare tutto il personale del Centro principale e dei Centri Satelliti)

(Inserire il personale della degenza solo se si ha la degenza autonoma, altrimenti mettere 0)

Infermieri professionali in degenza (numero) _____

OSS - OTA - Ausiliari in degenza: (numero) _____

Infermieri professionali in HD (numero) _____

OSS - OTA - Ausiliari in HD (numero) _____

Infermieri professionali per tutti gli altri settori non inclusi nelle voci precedenti (numero) _____

OSS - OTA - Ausiliari in tutti gli altri settori non inclusi nelle voci precedenti (numero) _____

Personale amministrativo globale (numero) _____

C67. Disponibilità di Dietista o Psicologo anche part-time o in consulenza

SI Dietista

SI Psicologo

NO per entrambe le figure professionali