

Reconnaissance des unités fonctionnelles OP I selon le TARMED Questionnaire pour le cabinet médical

Coordonnées personnelles

Nom / Prénom (médecin responsable):	<input type="text"/>																																			
Année de naissance:	<input type="text"/>																																			
Titre de spécialiste FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>																						
Numéro FMH (pour membres FMH):	<input type="text"/>																																			
Adresse du cabinet:	Lieu OP I																		Evtl. adresse actuelle																	
	<input type="text"/>																																			
Téléphone:	<input type="text"/>																																			
E-mail	<input type="text"/>																																			

Signataire du contrat cadre TARMED FMH / santésuisse (LAMa) Oui Non

Signataire du contrat cadre TARMED FMH / CTM (LAA) Oui Non

Si la salle d'opération (salle d'OP) est utilisée par d'autres médecins non rattachés au cabinet médical, prière d'indiquer les noms et spécialités:

Nom / Prénom:	<input type="text"/>																																			
Titre FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>				Numéro FMH:	<input type="text"/>																	

Nom / Prénom:	<input type="text"/>																																			
Titre FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>				Numéro FMH:	<input type="text"/>																	

Nom / Prénom:	<input type="text"/>																																			
Titre FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>				Numéro FMH:	<input type="text"/>																	

Nom / Prénom:	<input type="text"/>																																			
Titre FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>				Numéro FMH:	<input type="text"/>																	

Nom / Prénom:	<input type="text"/>																																			
Titre FMH:	<input type="text"/>																																			
Numéro EAN:	<input type="text"/>												Numéro ZSR:	<input type="text"/>				Numéro FMH:	<input type="text"/>																	

Si d'autres personnes opèrent, prière d'indiquer leurs coordonnées à la rubrique Remarques

A. Exigences pour l'unité fonctionnelle OP

A1) Exigences techniques (d'hygiène):			
	Spécifications	remplies	non remplies
1	Système de ventilation adapté à l'éventail d'interventions (pas d'aération par les fenêtres). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Lors d'utilisation de gaz anesthésiques: respect des directives SUVA (valeurs MAC). Cela vaut également pour l'anesthésie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2) Exigences infrastructurelles			
	Spécifications	remplies	non remplies
4	Sas d'aération précédant le bloc OP (sas pour le personnel, les patients, d'accès et de sortie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Salle d'eau/de désinfection séparée pour l'opérateur et le personnel SO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Salle de préparation du patient (par ex. pour l'anesthésie) précédant le bloc OP disposant des installations habituelles et d'approvisionnement en gaz médicaux (selon liste sous B1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Zone de préparation/stérilisation des instruments: en dehors du bloc OP et/ou utilisation d'une stérilisation/préparation des instruments externe au cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Possibilité d'évacuation d'un patient immobilisé couché (ascenseur ou cage d'escalier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Exigences pour la salle d'opération

B1) Exigences techniques (d'hygiène):			
	Spécifications	remplies	non remplies
1b	Alimentation en gaz médicaux fixe ou mobile avec oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c	Alimentation en gaz médicaux fixe ou mobile avec air comprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d	Alimentation en gaz médicaux fixe ou mobile sous vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Système de ventilation adapté à l'éventail d'interventions (pas d'aération par les fenêtres). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Exigences aux critères de reconnaissance 4.4 concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles: En ce qui concerne les exigences techniques et de planification il peut y avoir des réglementations supplémentaires outre la zone d'influence TARMED. En cas de reconnaissance on présume que l'opérateur de l'unité fonctionnelle respecte les réglementations en vigueur au moment de la reconnaissance.

B2) Exigences infrastructurelles:			
	Spécifications	remplies	non remplies
3	Surface nette du bloc OP (surface minimale) (surface minimum d'un bloc OP I : 30 m ²)	<input type="checkbox"/> m ²	
3a	Le bloc opératoire n'est pas utilisé comme cabinet de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Revêtements de murs et de sol antibactériens, antistatiques, lavables et facilitant la désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Possibilité d'une évacuation totale (lampe + fixation de table OP à part) pour permettre la désinfection intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3) Technique médicale en salle d'OP:			
	Spécifications	remplies	non remplies
6	Eclairage du champ opératoire par plafonnier, orientable et réglable en hauteur ou par autre système correspondant aux critères usuels de la spécialité médicale. Le système d'éclairage doit être spécifié: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Table d'opération réglable (Trendelenburg, hauteur, par système électrique ou mécanique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Surveillance suivie générale du patient avec mesure de la pression artérielle et oxymétrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Valise de réanimation en cas de complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Possibilité de documenter et/ou contrôler les interventions chirurgicales au moyen de procédés d'imagerie médicale spécifiques à la spécialité. Le procédé doit être spécifié: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Exigences en ressources humaines (personnel spécialisé)			
	Spécifications	remplies	non remplies
1	Effectif du personnel soignant OP qualifié (Inf. Instr. ou TSO, sans auxiliaires, postes à 100%) par bloc opératoire en moyenne 0,5 - 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Données générales	
Mise en service (mois et année) du bloc OP I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Remarques:	

L'autodéclaration a valeur de document officiel. Par votre signature, vous attestez avoir donné des informations complètes et véridiques

Lieu, date:

Signature du propriétaire:

- Annexes:
- Plan original du secteur du bloc opératoire et de l'ensemble du cabinet à l'échelle 1:50 avec dénomination précise des pièces
 - Le "chemin du patient" est indiqué
 - Date et signature du détenteur du cabinet sur les plans

Vous devez répondre à toutes les questions. Dans le cas contraire, la demande vous sera retournée!