

TAVI – Formulaire d'information

Centre :

Dénomination :

Adresse :

.....

Composition de l'équipe multidisciplinaire "TAVI" :

Chirurgiens cardiaques

Chirurgien cardiaque 1

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Chirurgien cardiaque 2

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Chirurgien cardiaque 3

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Cardiologues interventionnels

Cardiologue interventionnel 1

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Cardiologue interventionnel 2

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Cardiologue interventionnel 3

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Chirurgiens avec une formation spécifique et une expérience en chirurgie vasculaire

Chirurgien vasculaire 1

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Chirurgien vasculaire 2

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Gériatres

Géiatre 1

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Géiatre 2

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

Nombre d'ETP:

Adresse e-mail :

Remarque:

1 ETP correspond à 8/10

**Nombre d'interventions/an dans le centre sous la prestation 229596-229600
*Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle N2100:***

Nombre en 2006 :

Nombre en 2007 :

Nombre en 2008 :

Nombre en 2009 :

Nombre en 2010 :

**Nombre d'interventions/an dans le centre sous la prestation 229515-229526
*Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle N2700 :***

Nombre en 2006 :

Nombre en 2007 :

Nombre en 2008 :

Nombre en 2009 :

Nombre en 2010 :

Nombre de valves TAVI placées/an dans le centre:

Nombre en 2010 :

Nombre en 2011:

Je, soussigné, confirme que notre centre dispose du programme de soins "Pathologie cardiaque" B complet et du programme de soins pathologie cardiaque P.

Date: .../.../.....

Signature du directeur médical: