

Türk Uyku Tıbbı Derneği

Avrupa Uyku Araştırmaları Birliği tarafından Avrupa Uyku Tıbbı Merkezleri için Belirlenmiş

Akreditasyon Başvuru Formu

Tarih:

A. ÇALIŞANLAR:

1. Uyku Tıbbı Merkezinin Adı:

- Adres:
- Posta kodu
- Telefon:
- Faks
- Elektronik posta adresi:
- Web sayfası:

2. Uyku Tıbbı Merkezi'nin yönetimi:

a. Yöneticinin adı ve soyadı:

- Türk Uyku Tıbbı Derneği üyesi: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Sertifikasına sahip: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Merkezi'nin sürekli personeli: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Merkezi'ndetarihinden itibaren çalışmaktadır.

b. Uyku Tıbbı Merkezi'nde çalışan sorumlu hekimler:

- Ad ve soyad:
- Türk Uyku Tıbbı Derneği üyesi: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Sertifikasına sahip: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Merkezi'nin sürekli personeli: Evet: Hayır:
- Uyku Tıbbı Merkezi'ndetarihinden itibaren çalışmaktadır.

3. Konsültasyon olanakları:

a. Hangi bölümlerden veya servislerden konsültasyon istenebileceği:

.....
.....
.....
.....

Uyku tıbbı merkezine hasta gönderen bölüm veya doktorların adları:

- KBB:
- Nöroloji:
- Göğüs Hastalıkları:
- Psikiyatri:
- Dahiliye:

- vi. Kardiyoloji:
- vii. Di hekimli i
- viii. Di er:

Merkezinizde Uyku tıbbı (bozuklukları) poliklini i Var Yok

Merkezinizde uyku tıbbı poliklini inin çalı ma günleri ve saatleri nelerdir:

Laboratuarda yapılan polisomnografiler, haftanın kaç gecesinde ve her gece kaar tane yapılmaktadır?

Hastanenizde, uyku laboratuarı dı nda polisomnografi çekimi yapılmakta mıdır? Haftanın kaç gecesi ve kaar tane yapılmaktadır?

Ambulatuvar (ev tipi) uyku çekimi uygulamakta mısınız? Haftanın kaç gecesi ve kaar tane yapılmaktadır?

4. Uyku Tıbbi laboratuvarında çalış an personel:

Lütfen laboratuvarda çalış an tüm personelin adlarını yazınız:

| Çalış anlar | Yeterlilikleri (okul,sertifika, vs) | Haftalık çalış ma süresinin yüzde kaçını uyku merkezinde geçiriyor (%) | Merkezdeki görevleri ve yaptı ı i ler |
|-----------------|--|--|---|
| Tıp doktoru: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Teknisyen: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Tıbbi sekreter: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Di er personel: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Gece uyku merkezinde tıbbi gözlem nasıl düzenleniyor? (kim tarafından ve nasıl)

Uyku analizinin kalite kontrolü nasıl yapılıyor?

5. İleri eğitim:

Merkezinizde, hekimler, teknisyenler, ara tırma görevlileri için eğitim programı var mı? Sıklığı ve program hakkında bilgi veriniz:

Merkezinizde diğer hastaneler ve buralarda çalışan hekimler için eğitim programı var mı? Sıklığı ve program hakkında bilgi veriniz:

B: HASTALAR:

1. Uyku tıbbı merkezinizde en sık konulan tanılar nelerdir?

| Tanılar | Yıllık ortalama hasta sayısı |
|--|------------------------------|
| A: nsomni: a. Psikofizyolojik insomni b. diopatik insomni c. Paradoksal insomni d. Di er insomniler | |
| B:Santral hipersomniler: a. Narkolepsi b. Rekurren hipersomni c. diopatik hipersomni d. Posttravmatik hipersomni e. Di erleri: | |
| C:Uyku ile ili kili solunum bozuklukları: a.OUAS b.Santral uyku apne sendromu c.Hipoksemi-hipoventilasyon sendromları d.Di erleri | |
| D:Uyku ile ili kili hareket bozuklukları: a. Huzursuz bacaklar sendromu b. Uykuda periyodik bacak hareketleri sendromu c. Di erleri: | |
| E:Parasomniler: * * * | |
| F: Hipnotik, alkol ve ilaç ba ımlılı ı durumları: | |
| G: Di er uyku bozuklukları: * * * | |

Yukarıda belirtilen her hastalık grubu için hangi tanı yöntemlerini kullanmaktasınız:

A:-----

B:-----

C:-----

D:-----

E:-----

F:-----

G:-----

Laboratuarda polisomnografi çekimi için ortalama randevu (bekleme) süresi ne kadardır?

Evde uyku çekimi için ortalama randevu (bekleme) süresi ne kadardır?-----

2. Tedavi yöntemleri:

Yukarıdaki tabloda belirtilen her hastalık grubu için merkezinizde uygulanan tedavi yöntemlerini yazınız?

A:-----

B:-----

C:-----

D:-----

E:-----

F:-----

G:-----

Tedavi uygulamadığınız uyku hastalıklarını ve bu hastaları sevk veya referans ettiğiniz merkezleri yazınız: -----

C: TIBB C HAZLAR VE ODALAR:

1. Polisomnografiler:

| Sayı | Üretici | Kanal sayısı | Kayıt ekli (dijital/ka ıt) | Ar ivleme ekli |
|------|---------|--------------|-------------------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. Polisomnografi dı ı uyku kayıt cihazları (poligraf, vs)

| Sayı | Tipi | Üretici firma/marka | Sinyal sayısı |
|------|------|---------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Laboratuarda rutin uyku kaydının içerdiği parametreler:

| | EEG | EOG | EMG |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|
| Kanal sayısı ve derivasyonlar | | | |

Lütfen uygun olanı daire içine alınız

| Parametre | | |
|----------------------------|---------------------|----------------|
| Hava akımı | Termal sinyal | Basınç sinyali |
| Nazal basınç | Var | Yok |
| Solunum hareketleri | Torasik | Abdominal |
| Ösefagus basıncı | Var | Yok |
| Puse oksimetri | Oksijen saturasyonu | Kalp hızı |
| Kapnografi | Var | Yok |
| Tibial EMG | Sa | Sol |
| Horlama mikrofONU | Var | Yok |
| Video | Var | Yok |
| İnterkom | Var | Yok |
| Opsiyonlar | Aktigrafi | Vücut ısısı |
| Diğer sinyaller | | |

4. Diğer cihazlar:

Uzun süre monitörizasyon için (EKG, uzun süreli EEG, ambulatuar kan basıncı monitörizasyonu, aktigrafi):

5. Yerleşim:

Kontrol odalarının sayısı ve boyutları (metre kare olarak):

Hasta odalarının sayısı ve boyutları (metre kare olarak):

Ses izolasyonu:

Odaların ıslık kontrolü (karartma):

Klima:

Poliklinik odalarının özellikleri:

D: TANI TESTLER : (Soru formlarınızın birer örneğini ekleyiniz)

Fizik muayene:

Klinik değerlendirme:

MSLT:

MWT:

Uyku günlü ü:

Psikolojik ve ki ilik de erlendirme formları:

Psikolojik testler:

Nöropsikolojik muayeneler:

Di erleri:

E: TIBB DÖKÜMENTASYON VE AR VLEME: (Lütfen uyku rapor formlarınızı ekleyiniz)

Hastanın tıbbi raporuna ekledi iniz sonuçları yazınız:

Hangi sınıflamayı kullanıyorsunuz (ICSD-1, ICSD-2, DSM III R, ICD-9, ICD-10)

Polisomnografideki hangi veriler ar ivlenmektedir:

Bu veriler ne kadar süre ile saklanmaktadır:

F: EKLEMEK STED N Z EK B LG LER:

Banka : Türkiye Bankası Cerrahpa a ubesi
ube kodu: 1202
Hesap no: 0303151
Iban TR03 0006 4000 0011 2020 3031 51

TAR H:

BA VURU SAH B :

MZA: