

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

Coordonnées personnelles

Nom / Prénom (médecin responsable):

Année de naissance:

Titre de spécialiste FMH:

Numéro EAN:

 Numéro ZSR:

Numéro FMH (pour membres FMH):

Adresse du cabinet:

Lieu OP I	Evtl. adresse actuelle

Téléphone:

E-mail:

J'ai adhéré à la convention-cadre TARMED LAMal (FMH / santésuisse) Oui Non

J'ai adhéré à la convention tarifaire TARMED LAA / LAI / LAM (FMH / CTM) 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:			
Titre FMH:			
Numéro EAN:		Numéro ZSR: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>	Numéro FMH: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>
<hr/>			
Nom / Prénom:			
Titre FMH:			
Numéro EAN:		Numéro ZSR: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>	Numéro FMH: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>
<hr/>			
Nom / Prénom:			
Titre FMH:			
Numéro EAN:		Numéro ZSR: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>	Numéro FMH: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>
<hr/>			
Nom / Prénom:			
Titre FMH:			
Numéro EAN:		Numéro ZSR: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>	Numéro FMH: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>
<hr/>			
Nom / Prénom:			
Titre FMH:			
Numéro EAN:		Numéro ZSR: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>	Numéro FMH: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 18px; vertical-align: top;"></table>

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 ²	<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.

² Lorsque des gaz anesthésiques sont utilisés dans les salles d'opération à l'OP I, il est impératif de respecter les directives de la SUVA (valeurs VME).

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)	[] m ²	
3a	Le bloc opératoire n'est pas utilisé comme cabinet de consultation	[]	[]
4	Revêtements de murs et de sol antibactériens, antistatiques, lavables et facilitant la désinfection	[]	[]
5	Possibilité d'une évacuation totale (lampe + fixation de table OP à part) pour permettre la désinfection intermédiaire	[]	[]

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: ----- -----	[]	[]
7	Table d'opération réglable (Trendelenburg, hauteur, par système électrique ou mécanique)	[]	[]
8	Surveillance suivie générale du patient avec mesure de la pression artérielle et oxymétrie	[]	[]
9	Valise de réanimation en cas de complications	[]	[]
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: ----- -----	[]	[]

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	[]	[]

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!

