

Reconnaissance des unités fonctionnelles OP 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 de la salle d'OP	Evtl. adresse actuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Prestations:

liste des principales positions tarifaires facturées. Sert exclusivement à l'examen de la demande et ne sera pas repris dans la banque de données des unités fonctionnelles.

N° position	Texte	N° position	Texte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:

Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN:

Numéro ZSR:

Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN:

Numéro ZSR:

Numéro FMH:

Nom / Prénom:

Titre FMH:

Numéro EAN:

Numéro ZSR:

Numéro FMH:

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
1a	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
5	Salle d'eau/de désinfection séparée pour l'opérateur et le personnel SO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a	Salle de préparation du patient précédant le bloc OP avec oxygène et aspiration ou sous vide (fixe ou mobile)	<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
1a	Alimentation en gaz médicaux fixe ou mobile avec oxygène et aspiration ou sous vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a	Système de ventilation adapté à l'éventail d'interventions (pas d'aération par les fenêtres). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2) Exigences infrastructurelles:			
	Spécifications	remplies	non remplies
3	Surface nette du bloc OP (surface minimale bloc OP: 13 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"/>

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

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

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 manuel)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Données générales			
	Mise en service (mois et année) de la salle d'OP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	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!