


Por favor, guarde el archivo,
seleccione la herramienta  y rellene, guarde los cambios
y envíe al correo secretaria@se-arteriosclerosis.org

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO Y HOMOLOGACIÓN DE UNIDADES DE LÍPIDOS Y RIESGO VASCULAR

Sr. Presidente de la Sociedad Española de Arteriosclerosis: Atendiendo a los criterios básicos definidos por la Sociedad Española de Arteriosclerosis en el Documento sobre las Unidades de Lípidos (*Clin Invest Arterioscler 1997;9:106-109*) y considerando que nuestra Unidad cumple los requisitos deseables para ser considerada como tal, **solicitamos** que la Sociedad Española de Arteriosclerosis considere el reconocimiento y la homologación de la Unidad de Lípidos del

Centro Sanitario: _____

Para ello, adjuntamos la siguiente información:

A. Equipo Humano

Facultativo Responsable de la Unidad: _____

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Facultativo/s colaborador/es:

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Especialidad: _____ ¿Miembro de la SEA?: Sí No

Facultativo de la Unidad responsable del laboratorio: _____

Enfermero/a: _____

Dietista/s: _____

Otros Profesionales (indicar profesión / actividad laboral): _____

B. Tipo de Unidad

Clínico-epidemiológica: Sí No

Clínico-experimental: Sí No

Atención primaria dedicada al riesgo cardiovascular: Sí No

¿Es centro de referencia de la comunidad autónoma para el diagnóstico de la Hipercolesterolemia familiar (HF) y certificado de aportación reducida?: Sí No

C. Consultas

Nº de horas semanales dedicadas a la consulta: _____

Nº de facultativos que las realizan: _____

Nº de visitas por semana: Primeras Segundas

D. Ubicación de la consulta

Centro Sanitario: _____

Área/Servicio: _____

Calle: _____

CP Población

Teléfono Extensión

Fax E-mail del responsable

E. Actividad Clínica

Describir los problemas clínicos que se atienden en la Unidad:

¿Puede solicitar tests genéticos para el diagnóstico de certeza de la HF?: Sí No

Nº aproximado de pacientes con HF heterocigota que tienen registrados en la Unidad: _____

Nº con diagnóstico genético: _____

¿Dispone de bases de datos de pacientes con dislipemias primarias?: Sí No

F. Métodos de laboratorio disponibles

Aparte del perfil lipídico, ¿puede realizar en su centro?:

- Determinación de apolipoproteínas: Sí No
- Lipoproteína(a): Sí No
- Ultracentrifugación de lipoproteínas: Sí No
- Genotipado de APOE: Sí No
- PCR ultrasensible: Sí No
- Determinación de ácidos grasos por cromatografía de gases: Sí No
- Determinación de esteroles no-colesterol por cromatografía de gases: Sí No
- Otras técnicas:

¿Dispone de seroteca de de pacientes con dislipemias genéticas?: Sí No

En caso afirmativo, nº aproximado de muestras:

¿Dispone de DNAteca de pacientes con dislipemias genéticas?: Sí No

En caso afirmativo, nº aproximado de muestras: _____

¿Está la colección de muestras biológicas registrada o adscrita a un biobanco oficial de la institución?: Sí No

¿Dispone la Unidad de laboratorio propio?: Sí No

G. Exploraciones complementarias disponibles en la Unidad o que puede solicitar a otros Servicios

- Ecografía carotídea para evaluación de aterosclerosis preclínica: Sí No
En caso afirmativo, ¿dónde se ubica? En la propia Unidad En otro Servicio de la Institución
- ITB: Sí No
En caso afirmativo, ¿dónde se efectúa? En la propia Unidad En otro Servicio de la Institución
- MAPA: Sí No
En caso afirmativo, ¿dónde se efectúa? En la propia Unidad En otro Servicio de la Institución
- ¿Puede solicitar TC para calcio coronario?: Sí No
- ¿Dispone su centro de resonancia nuclear magnética?: Sí No
- Otras exploraciones disponibles (describir):

H. Actividad investigadora

En los últimos 5 años, ¿le han concedido ayudas oficiales para investigación biomédica (tipo FIS)?: Sí No

En caso afirmativo, nº de ayudas: _____

¿Pertenece a un consorcio de investigación tipo CIBER?: Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál?: _____

¿Participa actualmente en algún estudio multicéntrico de la industria farmacéutica?: Sí No

Nº de ensayos clínicos en curso: _____

¿Se encuentra en disposición de participar en algún estudio multicéntrico?: Sí No

¿Realiza investigación clínica?: Sí No

Describir temas preferentes de investigación clínica:

I. Principales publicaciones en los últimos 5 años (Adjuntar en hoja aparte)

J. Actividades docentes y de formación desarrolladas en los últimos 5 años

Rotación de residentes por la unidad: Sí No

Estancias de médicos de atención primaria en la Unidad: Sí No

K. Otras actividades

- Colaboración con Atención Primaria (referentes designados, protocolos o programas asistenciales, etc.). Describir:

- Colaboración con otros servicios hospitalarios (referentes designados, protocolos o programas asistenciales, etc.). Describir:

L. Otros Documentos anexos a la presente solicitud

Incluir Informe de la Dirección del Centro Sanitario y/o Jefe del Servicio, en el que se reconoce la existencia de la Unidad en el Centro.

En espera de su respuesta, le saluda atentamente,

Dr./a. _____

En _____, a _____ de 201

Deben adjuntarse:

- Informe de la existencia de la Unidad de Lípidos en el Centro Sanitario
- Lista de publicaciones de los últimos 5 años