



## Modulo richiesta affiliazione ANIRCEF CENTRI E AMBULATORI PER LA DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALIE

### CONDIZIONI GENERALI PER IL RICONOSCIMENTO

Iscrizione all'ANIRCEF del responsabile del centro o ambulatorio.

Status di struttura pubblica (policlinici, ospedali) o privata convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale.

Accettazione di revisione annuale dell'attività svolta, da parte di una commissione designata dal Consiglio Direttivo ANIRCEF.

### INFORMAZIONI SUL CENTRO / AMBULATORIO

Tipo di struttura \_\_\_\_\_

(Dipartimento, Unità Operativa, Ospedaliera, Universitaria, Struttura privata, Struttura privata accreditata, altro)

Denominazione della struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo della struttura \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sito Web \_\_\_\_\_

### DIRETTORE DELLA STRUTTURA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

### RESPONSABILE DEL CENTRO / AMBULATORIO

### ISCRIZIONE ANIRCEF

POSIZIONE \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SI  NO

CORSO ASC SI  Data \_\_\_\_\_ NO

### COLLABORATORI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ POSIZIONE \_\_\_\_\_ SI  NO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ POSIZIONE \_\_\_\_\_ SI  NO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ POSIZIONE \_\_\_\_\_ SI  NO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ POSIZIONE \_\_\_\_\_ SI  NO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ POSIZIONE \_\_\_\_\_ SI  NO

### ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

#### 1) Organizzazione della struttura

- A) Pronto soccorso SI  NO  possibilità di gestione interna delle urgenze (PS o visite dedicate alle urgenze): SI  NO
- B) Reparto di degenza SI  NO  possibilità di ricoveri dedicati: SI  NO
- C) Ambulatorio dedicato alle cefalee SI  NO
- D) Disponibilità di Day Hospital SI  NO  possibilità di ricoveri dedicati: SI  NO
- E) Ambulatorio cefalee dell'età pediatrica SI  NO

#### 2) N° pazienti con cefalea / anno

- 1) Ambulatoriali \_\_\_\_\_ n° di giorni a settimana di apertura: \_\_\_\_\_ n° visite settimanali: \_\_\_\_\_
- 2) Day-hospital \_\_\_\_\_
- 3) Ricovero \_\_\_\_\_

#### 3) Tempi medi di attesa per una 1<sup>a</sup> visita ambulatoriale

Specificare \_\_\_\_\_



## Modulo richiesta affiliazione ANIRCEF CENTRI E AMBULATORI PER LA DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALEE

### 4) Disponibilità di accesso a Consulenti

|               |    |                          |    |                          |                                      |        |    |                          |    |                          |
|---------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------------------|--------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| NCH           | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                                      | ORL    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| OFT           | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                                      | FKT    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| CARD          | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                                      | ODST   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| PSICH         | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                                      | INTERN | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ORT           | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                                      | ANEST  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Nutrizionista | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Psicologia clinica e neuropsicologia |        | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 5) Guardia attiva del neurologo      24 /24 ore      12/24 ore      NO

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 6) Tecnologie disponibili *barrare la modalità adeguata*

|  |    |                          |                               |    |                          |
|--|----|--------------------------|-------------------------------|----|--------------------------|
| - TC   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Angio TC   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - RM   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - RM funzionale  | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Angio RM   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - SPECT  | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - PET  | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - EEG  | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - EEG quantitativo                                     | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - EMG/ENG  | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Potenziali evocati sensitivi e motori                | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Test neurovegetativi                                 | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - (Eco)Doppler Transcranico                            | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Ecodoppler dei vasi epiaortici                       | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - TCD con test pervietà PFO                            | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - TCD con test autoregolazione                         | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Ecocardio TT   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Ecocardio TE   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - MAPA   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Holter ECG   | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Neurochimica clinica, Endocrinologia,<br>Immunologia | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Dosaggi farmacologici                                | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Test genetici per cefalee rare                       | SI | <input type="checkbox"/> | in sede / convenzione esterna | NO | <input type="checkbox"/> |

(laboratorio genetico ovvero o protocolli certificati per l'esecuzione di tali test all'esterno)



## Modulo richiesta affiliazione ANIRCEF CENTRI E AMBULATORI PER LA DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALIE

- Test neuropsicologici completi      SI       in sede / convenzione esterna      NO
- Biofeedback      SI       in sede / convenzione esterna      NO
- Agopuntura      SI       in sede / convenzione esterna      NO
- Tossina botulinica      SI       in sede / convenzione esterna      NO
- Neurostimolazione      SI       in sede / convenzione esterna      NO
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 7) Uso di:

- Cartelle Standardizzate      SI       NO
- Cartelle informatizzate      SI       NO
- Carte diario      SI       NO
- Scale validate      SI       NO
- Livello diagnostico criteri IHS:      II       III       IV

### 8) Trials terapeutici effettuati nell'ultimo triennio (fasi II-IV)

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 9) Pubblicazioni su riviste recensite con impact factor nell'ultimo triennio

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 10) Eventi formativi organizzati nell'ultimo anno

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 11) Rapporti e/o attività di formazione/aggiornamento con I MMG del territorio

Specificare \_\_\_\_\_

#### Informativa ai sensi dell'art 13 Regolamento privacy europeo 2016 /679 (GDPR) e consenso

Firmando la presente scheda Lei autorizza l'ANIRCEF a trattare i Suoi dati personali nel rispetto del Regolamento europeo 2016 7679 (GDPR) e dichiara di aver preso visione dell' informativa dettagliata pubblicata sul sito [www.anircef.it](http://www.anircef.it) . Titolare del trattamento è l'ANIRCEF con sede legale c/o presidente Onorario Via Mergellina 23 Napoli. La base giuridica del trattamento è il suo consenso. Per esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del Reg. UE 2016/679 potrà rivolgere apposita richiesta scritta indirizzata a: [info@anircef.it](mailto:info@anircef.it)

Data \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Si prega di compilare il modulo e inviarlo per e-mail, fax o posta a:

**ANIRCEF - C/O Segreteria Organizzativa**

EVA Communication S.r.l. - Via R.R.Pereira, 151/D - 00136 Roma

Tel.: 06 6861549 - Fax: 06 68392125 - e-mail: [info@anircef.it](mailto:info@anircef.it)