|  |
| --- |
| **AUTOBAREMO: CRITERIOS DE EVALUACION** |
| **Nombre de la Sociedad Autonómica que presenta la candidatura** |  |
| **Nombre del hospital solicitante** |  |
| **Nombre del endocrinólogo responsable de la solicitud (socio SEEN con más de 2 años de antigüedad)** |  |
| **ECOGRAFO NUTRICIONAL/TIROIDEO** |  | **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |
| **Disponibilidad de ecógrafo en el Servicio/Sección/Unidad de Endocrinología y Nutrición** | Si: 0 puntosNo: 5 puntos |  |  |
| **Acreditación del curso de ecografía tiroidea/nutricional (nivel I SEEN)** | Si: 5 puntosNo: 0 puntos |  |  |
| **Acreditación de otros cursos oficiales de ecografía tiroidea/nutricional (NO SEEN)***(en el caso de haber contestado NO a la pregunta anterior)* | Si: 3 puntosNo: 0 puntos |  |  |
| **La Sociedad Autonómica ha recibido un ecógrafo en las ultimas 5 convocatorias** | Si: 0 puntoNo: 3 puntos |  |  |
| **Pertenencia al Área de Nutrición o de tiroides de la SEEN** | Si: 2 puntosNo: 0 puntos |  |  |
|  | **TOTAL** |  |
| **MONITOR PARA CALORIMETRIA** |  | **SI** | **NO** |
| **Disponibilidad de una Unidad/Sección de Nutrición Clínica especializada en el manejo de pacientes complejos (críticos, TCA…)***(aportar informe justificativo firmado de actividad asistencial e investigadora)* | Si: 5 puntosNo: 0 puntos |  |  |
| **Experiencia en el manejo de la técnica***(se pueden incluir publicaciones científicas, cursos de formación o otros documentos justificativos)* | Si: 3 puntosNo: 0 puntos |  |  |
| **Pertenencia al Área de Nutrición o de obesidad de la SEEN** | Si: 2 puntosNo: 0 puntos |  |  |
|  | **TOTAL** |  |