**MODULO UNITA’ DI CHIRURGIA TIROIDEA (UCT)**

**MEDICI REFERENTI (cognome e nome, indirizzo e-mail, numero di telefono):**

**Chirurghi**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endocrinologo**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anatomopatologo**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Volume di attività di almeno 150 casi all’anno Si  No 

- Due chirurghi endocrini dedicati Si  No 

- Servizio di Endocrinologia in sede con endocrinologo dedicato Si  No 

- Anatomopatologo dedicato in sede in grado di soddisfare Si  No 

gli standard di qualità e di eseguire citologia,

istologia (anche estemporanea), immunoistochimica

- Servizio di Anestesia in guardia attiva h 24 in sede Si  No 

- Disponibilità posti letto Terapia Intensiva Si  No 

- Disponibilità di servizio di Otorinolaringoiatria e Logopedia Si  No 

- Disponibilità di servizio di Medicina Nucleare per indagini Si  No 

scintigrafiche diagnostiche e per attività terapeutica

- Laboratorio di analisi h 24 attivo o in pronta disponibilità Si  No 

- Consulenza di Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare o Cardiovascolare Si  No 