14 Salute Giugno 2019

|  |
| --- |
|  |

Formulario di richiesta di ammissione nell’elenco dei revisori   
in codifica medica

|  |
| --- |
|  |

# FORMULARIO:

## Dati amministrativi

|  |  |
| --- | --- |
| Data della richiesta all’UST |  |
| Nome e cognome della persona richiedente |  |
| Indirizzo della persona richiedente |  |
| Numero di telefono della persona richiedente |  |
| Indirizzo e-mail della persona richiedente |  |

## Altri dati

|  |  |
| --- | --- |
| Lingua delle revisioni | francese  tedesco  italiano  (più indicazioni possibili) |
| Data del conseguimento dell’attestato professionale federale di specialista in codifica medica |  |
| Diploma equivalente / certificato di equivalenza   * titolo del diploma * data del conseguimento |  |
| Cantone/i dove il revisore è disposto a lavorare (facoltativo) |  |
| Formazione complementare specifica alla codifica in psichiatria |  |
| Esperienza professionale di almeno 1 anno in psichiatria |  |

## Documenti da inoltrare (da allegare al presente formulario)

|  |  |
| --- | --- |
| Copia dell’attestato professionale federale |  |
| Copia di un altro diploma con certificato di equivalenza o prova di equivalenza con l’attestato federale di capacità |  |
| Conferma del datore di lavoro che la persona richiedente ha lavorato per almeno tre anni a tempo pieno nell’ambito della codifica medica |  |

## Conferme

|  |  |
| --- | --- |
| La persona richiedente conferma di disporre, nella/e lingua/e sopra indicata/e, delle conoscenze linguistiche richieste al punto 3 del Regolamento concernente la revisione della codifica conformemente a SwissDRG 7.0, [rispettivamente](https://dict.leo.org/italienisch-deutsch/rispettivamente) del Regolamento sull’attuazione della revisione dei codici nell’ambito della TARPSY 2.0, che sono necessarie per la revisione di casi di codifica. |  |
| La persona richiedente si impegna a seguire regolarmente corsi di formazione continua. |  |
| La persona richiedente si impegna a comunicare all’UST eventuali cambiamenti (indirizzo, cessazione delle attività di revisione ecc.) entro un mese di tempo. |  |
| La persona richiedente conferma di poter dimostrare di avere un’attività del 50% almeno nell’ambito della codifica per l’anno di riferimento dei dati da rivedere (revisioni, codifica in ospedale, formazione continua ecc.). |  |

## Eventuali osservazioni

|  |
| --- |
|  |

Oltre al formulario deve essere inoltrata la documentazione seguente:

* copia dell’attestato professionale federale o del certificato di equivalenza;
* conferma del datore di lavoro attuale (o degli ultimi datori di lavoro) che la persona richiedente ha lavorato per almeno tre anni a tempo pieno nell’ambito della codifica medica.
* Per la revisione *nell’ambito della TARPSY,* copia dell’attestato di perfezionamento professionale specifico per la psichiatria nel campo della codifica o di un’esperienza professionale di almeno 1 anno nel campo della psichiatria

Il formulario debitamente compilato deve essere inviato, unitamente alla documentazione necessaria,

* all’indirizzo e-mail [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto:codeinfo@bfs.admin.ch) oppure
* all’indirizzo postale Ufficio federale di statistica, sezione Salute della popolazione, Segreteria di codifica, Espace de l’Europe 10, 2010 Neuchâtel.

Per ulteriori informazioni consultare il foglio informativo allegato al presente formulario.

Contatto in caso di domande:

Segreteria di codifica UST

Ufficio federale di statistica

e-mail: codeinfo@bfs.admin.ch

Panoramica cronologica delle modifiche al documento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versione** | **Data** |  |
| 1.0 | 9.11.2011 | documento originale |
| 1.1 | 28.1.2013 | modifica dell’indirizzo cui inviare il formulario |
| 1.2 | 22.1.2016 | modifica dell’indirizzo cui inviare il formulario |
| 1.3 | 15.6.2017 | aggiornamento delle diverse voci del formulario |
| 1.4 | 15.12.2017 | traduzione del testo tedesco in italiano |
| 1.5 | 29.01.2019 | aggiornamento delle diverse voci del formulario |
| 1.6 | 28.06.2019 | aggiornamento delle diverse voci del formulario |