



**INFORME SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA**

Nombre del Hospital:

Dirección del Hospital:

Teléfono de contacto del Servicio de Medicina Intensiva:

Nombre del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva:

Nombre de lo Supervisores Acreditados por SEMICYUC de la Unidad:

Número de ecógrafos y sondas de la unidad:

Descripción de exploraciones ecográficas en el trabajo diario de la unidad (cardiaca, pulmonar, vascular, abdominal, Dupplex transcraneal, ETE…)

Nº de estudios ecográficos al año:

< 700 estudios. 700-1000 estudios > 1000 estudios

Fecha

Firma del Jefe de Servicio Dr/Dra ……………………………………………………….