



Formulario de Solicitud TaTME - AECP

1. ¿En su institución que número de casos de cáncer de recto medio-bajo se tratan por año?	
Recto bajo (0-5cm margen anal)	Nº Casos por año
Recto medio (6-10cm margen anal)	Nº Casos por año
2. ¿Cuál es su volumen personal habitual de casos de TME a lo largo del año?	
Recto TME abierto	Nº Casos por año
Recto TME laparoscópico	Nº Casos por año
Recto TME robótico	Nº Casos por año
3. Por favor, facilítenos la siguiente información referente a su experiencia anual en cirugía colorrectal mínimamente invasiva (Lap o Robótica)	
Colectomías izquierdas	Nº Casos por año y número total realizado
Resecciones de recto(totales)	Nº Casos por año y número total realizado
4. ¿Ha participado en algún curso de cirugía colorrectal mínimamente invasiva en los últimos años? Si su respuesta es afirmativa, proporcione Centro y Fecha.	
5. Por favor, facilítenos la siguiente información referente a su experiencia anual en cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS)	
TAMIS/TEO (Resección Pólipos)	Nº Casos por año
6. ¿Ha realizado algún curso de entrenamiento en TaTME?	
Sí – Por favor, informe de qué tipo de entrenamiento	No – Por favor vaya a la pregunta 6
Tipo de entrenamiento	

Fecha:	Curso:				
7. ¿Dispone usted de los medios materiales para realizar la TaTME en su centro?	Sí, para la técnica de un solo equipo		Sí, para la técnica a dos equipos		No
Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> - Con el fin de ser admitido como nuevo alumno es imprescindible que aporte su CV y la carta de apoyo de su centro y Jefe de Servicio, Por favor remita el CV y la Carta de Apoyo junto con este formulario con fecha y firmados <p>Todos los candidatos han de contar con el absoluto apoyo de su institución y estar en disposición para iniciar un programa TaTME en su centro en el momento de empezar el entrenamiento.</p>					

Contrato de alumno AECp - TaTME

Por favor marque la casilla

Por la presente declaro estar de acuerdo en suministrar los datos clínicos de mis pacientes intervenidos mediante TaTME de forma regular.

Por la presente declare estar de acuerdo en realizar en Consentimiento Informado necesario para que los pacientes participen en el registro nacional e TaTME de la AECp.

Por la presente declaro estar de acuerdo en suministrar los formularios de evaluación para cada uno de los casos tutelados de TaTME realizados

El cirujano solicitante debe firmar este formulario

Fecha:	
Nombre del Cirujano Solicitante (Imprenta)	
Firma del Cirujano Solicitante:	