**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΩΝ**

**(σημειώστε με ✓ και συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)**

**Επώνυμο** .................................................................................................. **Όνομα** ..........................................……. **❒**κος **❒**κα

Επαγγελματίας Υγείας ❒ Φοιτητής/Φοιτήτρια ❒

Νοσοκομείο .................................................................................................... Τμήμα ...............................................…………….

Διεύθυνση ................................................................................................. Αρ.……… Πόλη..............................................………

Ταχ. Κωδ ............ .Τηλ ...........................………… Φαξ ...........................… **Email**…………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Κλινικά Φροντιστήρια** | | | |
| **Ημερομηνία** | **Ώρα** | **Κλινικό Φροντιστήριο** | **Επιλογή** |
| **Παρασκευή, 13/10/17** | **13:00-14:30** | Διαδικασία ακτινοθεραπείας σε ογκολογικούς ασθενείς Διαδικασία ακτινοθεραπείας σε ογκολογικούς ασθενείς | ❒ |
| **Σάββατο , 14/10/17** | **09:00-10:30** | Ανάπτυξη στόχων και δεικτών αξιολόγησης του νοσηλευτικού έργου | ❒ |
|  | **11:00-13:00** | Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος | ❒ |
|  | **15:00-16:30** | Διαχείριση κεντρικών καθετήρων port-a-cath και picc line | ❒ |
|  | **17:00-19:00** | Δεξιότητες επικοινωνίας κατά τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο | ❒ |
| **Κυριακή, 15/10/17** | **09:30-11:00** | Στοχευμένες θεραπείες στον καρκίνο πνεύμονα | ❒ |
|  | **11:30-13:30** | Συγγραφή και αξιολόγηση άρθρων | ❒ |
|  | **13:30-15:00** | Διατροφική αξιολόγηση ασθενών με καρκίνο | ❒ |

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλούμε σημειώστε ότι θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας λόγω περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων.**

Παρακαλούμε να αποστείλετε το δελτίο συμμετοχής στο [v.boukouvala@events.gr](mailto:v.boukouvala@events.gr) έως τις 12/10/2017. Μετά το πέρας της ημερομηνίας αυτής, θα μπορείτε να κάνετε εγγραφή κατά τη διάρκεια του Συμποσίου, στην επί τόπου γραμματεία που θα λειτουργεί στο Αμφιθέατρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

# Ημερομηνία υποβολής της Αίτησης Εγγραφής

# ….. / …… / 2017