

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«Μετρήστε τον κίνδυνο»

Πρόγραμμα ευαισθητοποίησης & ενημέρωσης ασθενών σχετικά
με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο

Όνομα:.....

Επώνυμο:.....

Ειδικότητα:.....

Διεύθυνση ιατρείου:

.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

e-mail:@.....

1. Ποιος είναι περίπου ο αριθμός των ασθενών με Υπέρταση - Δυσλιπιδαιμία - Σακχαρώδη Διαβήτη που βλέπετε τον μήνα στο ιατρείο σας ?

α. < 30

β. 31 – 50

γ. 51 – 70

δ. > 71

2. Πόσο συχνά επανεξετάζετε τους ανωτέρω ασθενείς;

Κάθε 1 μήνα

Κάθε 2 μήνες

Κάθε 3 μήνες

Κάθε 6 μήνες

Άλλο (προσδιορίστε):

3. Συνηθίζετε να μετράτε μόνο την ολική χοληστερίνη ή ελέγχετε το πλήρες λιπιδαιμικό προφίλ ;

Μόνο την ολική χοληστερόλη

Το πλήρες λιπιδαιμικό προφίλ

4. Αποδέχεστε, στα πλαίσια του προγράμματος, εξειδικευμένο νοσηλευτικό-παραϊατρικό προσωπικό να διεξάγει λήψη τριχοειδικού αίματος από τους ασθενείς σας, που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα κατόπιν συγκατάθεσής τους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Αποδέχεστε, στα πλαίσια του προγράμματος, να τοποθετηθεί, σε χώρο του ιδιωτικού σας ιατρείου που θα υποδείξετε, ο αναγκαίος εργαστηριακός εξοπλισμός για τη μέτρηση σωματομετρικών και βιοχημικών μετρήσεων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Δέχεστε στα πλαίσια του προγράμματος να γίνεται εκπαίδευση του ασθενή για τη σωστή μέτρηση της ΑΠ, την παρακολούθηση του σακχάρου αίματος και ενημέρωση σύμφωνα με το επισυναπτόμενο εκπαιδευτικό υλικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εφόσον ενδιαφέρεστε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα ενημέρωσης για τον καρδιαγγειακό κίνδυνο «Μετρήστε τον κίνδυνο», παρακαλούμε όπως **δηλώστε 2 πιθανές ημερομηνίες** που θα θέλατε να διεξαχθεί το πρόγραμμα στο ιατρείο σας.

1^η επιλογή: --- / --- / 2015

2^η επιλογή: --- / --- / 2015

Διάρκεια μετρήσεων: 3 ώρες

Προβλεπόμενος αριθμός συμμετεχόντων: 20 (μέγιστος αρ.: 30)

Ημερομηνία: ----/---- /2015

Ο/Η ιατρός
(Υπογραφή / σφραγίδα)