



CENTAR IZVRSNOSTI ZA OSTEOPOROZU I BOLESTI METABOLIZMA KOSTI

Podaci o centru

Naziv ustanove: _____

Odjel: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

1. OZNAČITE ZA ŠTO APLICIRATE ZAHTJEV:

- a. prva prijava za centar izvrsnosti
- b. recertifikacija
- c. nova prijava zbog nekompletne dokumentacije
- d. nova prijava

2. KATEGORIJA INSTITUCIJE ZA KOJU APLICIRATE:

- a. kliničko bolnički centar
- b. klinička bolnica
- c. opća bolnica
- d. ostalo _____

3. KONTINUIRANO EDUCIRANJE STRUČNE ZAJEDNICE I PROSVJEĆIVANJE JAVNOSTI:

- a. održavanje (barem 1x godišnje) tečajeva obnove znanja (teoretskog ili praktičnog tipa)-formalno prijavljen i bodovan od strane HLK ili komore medicinskih sestara:

Potrebno je navesti tečaj (naziv, datum i mjesto održavanja, broj sudionika, program)

- b. javne tribine / rad s lokalnim udrugama/ medijski nastupi u lokalnim radio ili TV postajama

Potrebno je navesti javno zdravstvene akcije – naziv, datum, mjesto, ukratko opisati cilj akcije



4. DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI POSTUPCI:

a. molim označiti:

Ambulanta za osteoporozu DA / NE

Broj pacijenata: _____

b. dostupnost dijagnostike (molim označiti):

Denzitometrija DA / NE

UZV vrata DA / NE

Radiološke pretrage (RTG, CT) DA / NE

SPECT/CT ili scintigrafija sa sestamibijem:

• matična ustanova DA / NE

• suradna ustanova DA / NE

PET/CT s kolinom:

• matična ustanova DA / NE

• suradna ustanova DA / NE

c. farmakološko liječenje:

mogućnost parenteralne terapije osteoporoze (molim označiti) : DA / NE

mogućnost farmakološkog liječenja hiperparatiroidizma (kalcimimetici) DA / NE

vertebroplastika:

• matična ustanova DA / NE

• suradna ustanova DA / NE

d. standardizirani postupnici (algoritmi) za dijagnostiku i liječenje bolesti osteoporoze:

Navesti npr: bilteni koje je izdalo Društvo, smjernice...



5. MULTIDISCIPLINARNI TIM:

DA / NE

a. navesti članove i specijalnost:

b. sastanci se održavaju:

tjedno DA / NE

mjesečno DA / NE

prema potrebi DA / NE

c. opisati ukratko rad i najčešću problematiku :

6. LOKALNA BAZA PACIJENATA:

DA / NE

a. broj pacijenata sa osteoporozom (godišnje): _____

b. broj pacijenata s prijelomom kuka (godišnje): _____

c. broj operiranih pacijenata s hiperparatireodizmom (godišnje): _____

7. SUDJELOVANJA NA KONGRESIMA IZ PODRUČJA INTERESA :

Navesti naziv, mjesto i datum održavanja, ime liječnika/medicinske sestre, način sudjelovanja
(slušatelj ili predavač - navesti temu predavanja)



8. ZNANSTVENO-STRUČNE AKTIVNOSTI DJELATNIKA CENTRA IZVRSNOSTI

(kongresna priopćenja, znanstveni radovi u stručnim časopisima, poster...)

9. DJELATNICI

(navesti ime i prezime, titula):

10. SURADNICI S DRUGIH ODJELA/USTANOVA

DA / NE

(navesti ime i prezime, titula):

11. PLAN CENTRA ZA NAPREDAK:

(navesti plan za daljnje usavršavanje djelatnika i razvoj centra):
