



CENTAR IZVRSNOSTI ZA ŠEĆERNU BOLEST

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:

broj pacijenta sa šećernom bolesti tip 1 (navesti broj): _____

broj pacijenta sa šećernom bolesti tip 1 (navesti broj): _____

b. mogućnost žurnog pregleda određenih skupina pacijenata (molim označiti):

novootkrivena šećerna bolest DA / NE

neregulirana ŠB HbA_{1c}>10,0%; DA / NE

trudnice s dijabetesom DA / NE

bolesnici s uznapredovalom KBB DA / NE

bolesnici s ulkusom stopala DA / NE

c. u vašoj ustanovi je formirana Dnevna dijabetološka bolnica (molim označiti): DA / NE

d. u vašoj ustanovi provode se sljedeći dijagnostičko-terapijski postupci (molim označiti):

kontinuirana edukacija pacijenata (individualna i grupna) DA / NE

edukacija o novim tehnologijama:

• senzori DA / NE

• inzulinske pumpe (opcionalno) DA / NE

probir za kronične komplikacije:

• pregled stopala DA / NE

• ABI DA / NE

• ACR (omjer albumin/kreatinin) DA / NE

• fundus kamera/ pregled oftalmologa DA / NE

nutricionist (opcionalno) DA / NE

fizioterapeut/fizijatar (opcionalno) DA / NE

dostupnost vaskularnog kiruruga (opcionalno) DA / NE

psiholog(opcionalno) DA / NE

e. standardizirani postupnici (algoritmi) za dijagnostiku i liječenje bolesti štitnjače:

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

f. edukacija bolničkog osoblja:

navesti naziv, datum i mjesto, broj sudionika



f. protokol za brzu komunikaciju s liječnicima obiteljske medicine i patронаžnom službom radi ranog otkrivanja šećerne bolesti i kroničnih komplikacija:

opisati način komunikacije

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 dijagnozom šećerne bolesti koji je pregledan ambulantno: _____

b. broj pacijenata sa dijagnozom šećerne bolesti koji je liječen u bolnici: _____

c. broj pacijenata liječen putem Dnevne bolnice: _____

d. broj pacijenata sa CGM: _____

7. SUDJELOVANJE 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):
