



**ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ**

организује курс

КВАЛИТЕТ У ЗДРАВСТВУ

Плава сала

Факултета медицинских наука у Крагујевцу

17. 10. 2015. године

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

10,00 - 10,20 Регистрација учесника и улазни тест

**10,30 - 11,30 Историја и концепт квалитета у здравству
Предавање: асс. др Снежана Радовановић**

**11,30 – 12,30 Упознавање са легислативним механизмима у области квалитета
Предавање: проф. др Сања Коцић**

12,30 – 13,00 Пауза

**13,00 – 14,00 Процена, односно мерење квалитета
Предавање: проф. др Сања Коцић**

**14,00 – 15,00 Приказ и анализа резултата испитивања задовољства корисника радом
здравствене службе и професионалног задовољства запослених у здравственим
установама Шумадијског округа, за 2014. годину
Предавање: асс. др Снежана Радовановић**

**15,00 – 17,00 Вештине израчунавања показатеља квалитета здравствене заштите према
Правилнику о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени
гласник РС“ бр. 49/2010)
Рад у малој групи: проф. др Сања Коцић, асс. др Снежана Радовановић**

17,00 -17,30 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 18. 08. 2015. године, евиденциони број А-1-2152/15,
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 11 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ, МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ,
ЗДРАВСТВЕНИ ТЕХНИЧАРИ

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

Тел: 034/306-800, лок. 131, Е-mail: kme@medf.kg.ac.rs;

Site: <http://www.medf.kg.ac.rs>

Котизацију у износу од 4.000,00 динара уплатити на жиро рачун
ФАКУЛТЕТА МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ Број: 840-1226666-19,
позив на број:

97	69 17102015
----	-------------

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112

Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације учесника

ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за курс:

НАЗИВ КУРСА: _____

ПРЕЗИМЕ: _____

ИМЕ: _____

УСТАНОВА: _____

АДРЕСА: _____

ПОШТАНСКИ БРОЈ: _____

ГРАД: _____

ТЕЛЕФОН: _____

ФАКС: _____

ЕМАИЛ: _____

ПОТПИС: _____

ДАТУМ: _____

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ: _____