**ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΟΜΑΔΑ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ για την ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ**

**\*Στοιχεία για το χρονικό διάστημα: από 1Η ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023 έως 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2023**

**Καταληκτική ημερομηνία υποβολής είναι η 29η Φεβρουαρίου 2024**. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθείμε 3 τρόπους.Προτιμώμενος είναι ο **πρώτος**

1. A qr code on a white background

   Description automatically generated**να συμπληρωθούν ηλεκτρονικά** [**https://www.surveymonkey.com/r/eae2024**](https://www.surveymonkey.com/r/eae2024) **- ο σύνδεσμος εμφανίζεται επίσης σκανάροντας :**
2. **να συμπληρωθεί το παρόν word αρχείο και να αποσταλεί ηλεκτρονικά στην διεύθυνση:** [info@anaesthesiology.gr](mailto:info@anaesthesiology.gr)
3. **να εκτυπωθεί και να συμπληρωθεί το παρόν ερωτηματολόγιο και να ταχυδρομηθεί στη διεύθυνση Ελληνική Αναισθησιολογική Εταιρεία Μακρυνίτσας 4-6 Αθήνα 115 22**

* Με το παρόν ερωτηματολόγιο καταγράφονται τα ακριβή στοιχεία λειτουργίας των Αναισθησιολογικών Τμημάτων/Κλινικών της χώρας, καθώς και οι ανάγκες τους από πλευράς στελέχωσης και υλικοτεχνικής υποδομής.
* Στόχος της ΟΕΑ είναι να υποστηριχθούν ΟΛΑ τα Αναισθησιολογικά Τμήματα/Κλινικές, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία της ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ανάλογα με τις εκπαιδευτικές δυνατότητές τους.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ** που ανήκει το Αναισθησιολογικό Τμήμα / Κλινική:

Στοιχεία Συντονιστή Δ/ντή ή Επιστημονικού Υπεύθυνου Τμήματος ΕΣΥ / Δ/ντή Πανεπιστημιακής Κλινικής:

Τηλέφωνο / e-mail επικοινωνίας:

**Παρακαλώ, σημειώστε √ /συμπληρώστε το παρακάτω ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:**

**Κατηγορία Νοσοκομείου**

**⃝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ⃝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ⃝ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ⃝ ΕΙΔΙΚΟ ⃝ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ**

* **Αριθμός ενεργών Κλινών Νοσοκομείου ……… (εκτός των κλινών στις ειδικές Μονάδες)**

**Αριθμός ενεργών Χειρουργικών Αιθουσών: …………….**

* **Αριθμός πραγματοποιηθεισών Χειρουργικών Επεμβάσεων για το ανωτέρω χρονικό διάστημα: ……………**
* **Αριθμός Επειγουσών Χειρουργικών επεμβάσεων …….** Ποσοστό επί του συνόλου των επεμβάσεων (……….%)
* **Αριθμός επεμβατικών πράξεων άλλων ειδικοτήτων που έλαβαν αναισθησία ή καταστολή /MAC εκτός Χειρουργείου:** **……………**
* **Αν έχει Μαιευτικό Τμήμα:** συνολικόςαριθμός τοκετών **…………..**(ΦΤ&ΚΤ), φυσιολογικοί ανώδυνοι τοκετοί με επισκληρίδια αναλγησία **….**, καισαρικές τομές συνολικά………., πόσες με γενική αναισθησία **………… (…….%),** πόσες με υπαραχνοειδή **………… (….. %),** πόσες με επισκληρίδια **…… (…. %)**.
* **\*Αν χορηγείτε αναισθησία σε παιδιά:**
* Συνολικός αριθμός παιδιών που έλαβαν αναισθησία **……**  πόσα παιδιά με γενική αναισθησία **….. (….. %),** πόσα με περιοχική αναισθησία …. (…..%), πόσα με συνδυασμένη γενική+περιοχική αναισθησία …. (…. %), πόσα με καταστολή …. (…. %).
* Αριθμός παιδιών <3 ετών που έλαβαν αναισθησία …. αριθμός νεογνών που έλαβαν αναισθησία **….**

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**Είδη Αναισθησίας** (συνολικός αριθμός αναισθητικών τεχνικών)

**ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΟΝΟ ……..**

* **ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΜΟΝΟ …..: ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ (Υ) …. , ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑ (Ε) ….**
* **ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΜΕ: ΓΕΝΙΚΗ+ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ…..**
* **ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΜΕ: Υ+Ε ……**
* **ΠΕΡΙΦ. ΝΕΥΡ.ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ …….**

Ποσοστό ΠΕΡΙΟΧΙΚΩΝ επί του συνόλου των αναισθητικών τεχνικών (%) **….. %**

* **ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΥΠΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ για επεμβατικές πράξεις εκτός χειρουργείου …… : ⃝ Καρδιολογίας ⃝ ΓΕΣ ⃝ Ακτινολογίας ⃝ Πνευμονολογίας ⃝ Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ⃝ Άλλο:**

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ:**

**Οργανικές θέσεις Ειδικευμένων Αναισθησιολόγων: Συνολικά …..: Υπηρετούντες ….. Αποσπασμένοι σε άλλα νοσοκομεία ….. Κενές ….**

**Επικουρικοί Αναισθησιολόγοι υπηρετούντες ……**

**Ιδιώτες Αναισθησιολόγοι με μπλοκ παροχής υπηρεσιών …..**

**Ακαδημαϊκοί υπότροφοι, εντεταλμένοι διδάσκοντες (**Πανεπιστημιακές Κλινικές) υπηρετούντες……

\*Γιατροί που τελούν σε απόσπαση πρέπει να καταγραφούν ΜΟΝΟ στο νοσοκομείο στο οποίο ανήκει η οργανική τους θέση

**Σημειώστε τις αναπτυγμένες Κλινικές του Χειρουργικού Τομέα του Νοσοκομείου σας:**

**⃝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ⃝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ⃝ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ⃝ ΩΡΛ**

**⃝ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ⃝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ⃝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΧΩΡΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ**

**⃝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ⃝ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ⃝ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

**⃝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ⃝ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ⃝ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

**⃝ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ⃝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

**⃝ ΑΛΛΑ**

**Σημειώστε τις Κλινικές, Μονάδες και Εργαστήρια που λειτουργούν στο Νοσοκομείο σας:**

**⃝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ⃝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ⃝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ**

**⃝ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΗ ΜΕΘ ⃝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ⃝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ**

**⃝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ-ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ⃝ ΤΕΠ**

**Σημειώστε Κλινικές Μονάδες ή Εργαστήρια που καλύπτει αναισθησιολογικά για επεμβατικές πράξεις το Τμήμα/Κλινική σας: ⃝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ/ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ⃝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**⃝ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ⃝ ΑΛΛΟ:**

**ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ 24ΩΡΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ (ΓΕ) της ΥΠΕ που ανήκει? ⃝ ΟΧΙ ⃝ ΝΑΙ**

**Εάν ΝΑΙ, συνολικά για όλο το χρονικό διάστημα καταγραφής, πραγματοποιήθηκαν (την ίδια και την επόμενη ημέρα της ΓΕ) Επείγουσες Χειρουργικές Επεμβάσεις** **ως «Επείγοντα Γενικής Εφημερίας» οι εξής επεμβάσεις (αριθμός/είδος επέμβασης):**

ΓΕΝ. ΧΕΙΡ **…..**, ΓΥΝ **…..**, ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ……, ΟΥΡΟΛ **……**, ΟΡΘ **….**, ΝΧ **….**, ΩΡΛ **….**, ΑΓΓΧ **….**, ΠΑΙΔΟΧ **….**, ΘΧ **…**, ΚΡΧ **…..**, ΟΦΘ **….**, ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ **…..**, ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ….., ΓΝΑΘΟ. ΧΕΙΡ **….**, Άλλα:

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΑΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΩΝ:**

**(α) ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ (ΜΜ-ΑΦ) / ΑΝΑΝΗΨΗ?**

⃝ ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ

Εάν ⃝ ΝΑΙ: Συνολικός αριθμ. Φορείων ΜΜ-ΑΦ **…..**

Δυνατότητα 24ωρης λειτουργίας ΜΜ-ΑΦ:

⃝ ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

* **Γίνεται συστηματικά Ενημέρωση και Δήλωση Συναίνεσης Ασθενούς (*informed consent*) για: αναισθησία / επεμβατικές πράξεις υπό αναισθησία / MAC / ανώδυνο τοκετό / θεραπεία πόνου? ⃝**   **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

**Εάν ΝΑΙ** (υπογραμμίστε αντίστοιχα)

* **Λειτουργεί συστηματικά ΤΑΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ?**

**⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

* **Υπάρχει ΟΜΑΔΑ ΚΑΡΠΑ με συμμετοχή αναισθησιολόγου? ⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

* **Λειτουργεί καθημερινά ΟΜΑΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ? ⃝**   **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**
* **Λειτουργεί συστηματικά ΤΑΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ (ΙΠ)? ⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

**Εάν ΝΑΙ: …….** φορές/εβδομάδα x **….** ώρες/φοράκατά μέσο όρο

-Αριθμός επισκέψεων ΙΠ/έτος **…………….** -Αριθμός επεμβατικών πράξεων ΙΠ/έτος **………..**

- Χρησιμοποιείτε απεικονιστική καθοδήγηση (C-arm, U/S,αγγειογράφος) (υπογραμμίστε)

**⃝**   **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

Εάν **ΝΑΙ,** σε τι ποσοστότου συνόλου των επεμβατικών πράξεων ? **…..** επί τοις %

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**ΣΤΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ / ΚΛΙΝΙΚΗ υπό την ευθύνη σας:**

**- Εάν έχετε Ειδικευόμενους Αναισθησιολογίας πόσοι υπηρετούν τώρα? ….. Πόσες οργανικές θέσεις Ειδικευομένων Αναισθ/γίας έχει συνολικά το Τμήμα/Κλινική σας? ……. Πόσοι ειδικευόμενοι υπηρετούν σε θέση δεύτερης ειδικότητας;…….**

**- Οι Ειδικευόμενοί σας στην Αναισθησιολογία ανταποκρίνονται στη σχολαστική συμπλήρωση του Βιβλιάριου Εκπαίδευσης (Log Book) σύμφωνα με το ισχύον ΦΕΚ 1799/2019?**  **⃝**   **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

**- Τηρείται Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για όλους τους γιατρούς σας? ⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

Εάν **⃝ ΝΑΙ**: αφορά σε ένα2ωροκάθε: εβδομάδα, μήνα, τρίμηνο, εξάμηνο, έτος, άλλο (υπογραμμίστε αντίστοιχα)

- **Επισυνάψτε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των τελευταίων τριών (3) ετών του Τμήματος/Κλινικής σας** (θεματολογία, ομιλητής/ές, ημερ/νία).

**- Πραγματοποιούνται πρακτικές ασκήσεις (πχ σε πρόπλασμα, μοντέλα) για απόκτηση ή επικαιροποίηση Τεχνικών Δεξιοτήτων ?**

**⃝**   **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

Εάν **⃝ ΝΑΙ:** αφορά σε:χρήση **υπεργλωττιδικών συσκευών, ινοπτική διασωλήνωση, διασωλήνωση με ΕΤΣ διπλού αυλού, αερισμό δια βελόνης, επείγουσα τραχειοστομία, εφαρμογές υπερηχογραφίας για κεντρικές γραμμές, εφαρμογές υπερηχογραφίας για νευρικούς αποκλεισμούς, POCUS,** άλλα: **……………………………..** (υπογραμμίστε/συμπληρώστε αντίστοιχα)

**-Πραγματοποιούνται Συναντήσεις Νοσηρότητας & Θνητότητας** *(Morbidity & Mortality, M&M)?*

**⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

Εάν **⃝ ΝΑΙ:** Πόσο συχνά?: 1 φορά / μήνα / τρίμηνο / εξάμηνο / έτος / κατά περίπτωση και > 1 φορά/μήνα (υπογραμμίστε αντίστοιχα)

**- ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ: Έχει αναλογική ή ηλεκτρονική βιβλιοθήκη με βασικά συγγράμματα Αναισθησιολογίας, Εντατικής Θεραπείας, Αλγολογίας, Επείγουσας Ιατρικής, διεθνή περιοδικά, υλικά εκπαίδευσης (ηλεκτρονικό υπολογιστή, projector, προπλάσματα, άλλα**………) (υπογραμμίστε ή συμπληρώστε αντίστοιχα)

**- Συμμετέχουν οι ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ πέρα από το Τμήμα/Κλινική σας, σε Εκπαιδευτικές Δραστηριότητες της ΕΑΕ ή άλλων Εκπαιδευτικών Φορέων ή Εκπαιδευτικών Κέντρων ή “ΒΗΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ”? ⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

(υπογραμμίστε ή συμπληρώστε ανάλογα)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΣΤΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ / ΚΛΙΝΙΚΗ υπό την ευθύνη σας:**

**Έχετε τον αναγκαίο αναισθησιολογικό εξοπλισμό για όλα τα χειρουργεία? ⃝**  **ΝΑΙ ⃝ ΟΧΙ**

Εάν ΟΧΙ, τί θεωρείται ότι λείπει: …………………………………………………………………………………………..

- **Η συνεχής χρήση των αναισθησιολογικών μηχανημάτων** σας σε ποσοστό >70% είναι:

μικρότερη της 5ετίας, μεταξύ 5-10 έτη, μεγαλύτερη της 10ετίας (κυκλώστε ανάλογα).

- **Από τα αναισθησιολογικά σας μηχανήματα**, τί ποσοστό (%) διαθέτουν monitor για: SpO2, ET CO2, ΕΤ εισπνεόμενου αναισθητικού, αναίμακτης μέτρησης αρτηριακής πίεσης, αιματηρής μέτρησης αρτηριακής πίεσης, μέτρησης ΚΦΠ? ………….. %

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**- Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του ΚεΣΥ (2018), για «Ασφαλή Χορήγηση Αναισθησίας / Καταστολής»:**

**.** Έχετε την αναγκαία ιατρική στελέχωση σε οργανικές θέσεις? **⃝ ΝΑΙ ⃝**   **ΟΧΙ**

Εάν ΟΧΙ, πόσοι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι απαιτούνται ακόμη κατ’ ελάχιστον?......................

. Έχετε την αναγκαία **Νοσηλευτική στελέχωση**? **⃝ ΝΑΙ ⃝**  **ΟΧΙ**

Εάν ΟΧΙ, πόσοι νοσηλευτές/τριες απαιτούνται ακόμη κατ’ ελάχιστον? ……………………..

**- Τηρείτε ΑΡΧΕΙΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ: βιβλίο ⃝**   **ή ηλεκτρονικό ⃝**   **για καταγραφή όλων των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ/ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ /ΑΝΑΝΗΨΗ /ΚΑΡΠΑ/Ιατρείου ΠΟΝΟΥ / ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ/ άλλο………………………….**(κυκλώστε ανάλογα)

- Συμπληρώνετε διάγραμμα αναισθησίας για κάθε ασθενή ; **⃝ ΝΑΙ ⃝**  **ΟΧΙ**

**⃝ Χειρόγραφο ⃝ Ηλεκτρονικό**

- Συμπληρώνετε διάγραμμα αναισθησίας για κάθε ασθενή που υποβάλλεται σε καταστολή εκτός χειρουργείου; **⃝ ΝΑΙ ⃝**  **ΟΧΙ**

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ: ό,τι άλλα στοιχεία σχετικά με τις δυνατότητες εκπαίδευσης στο Τμήμα/Κλινική σας θεωρείτε ότι αξίζει να αναφερθούν επιπρόσθετα:**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Για τυχόν διευκρινίσεις, μπορείτε να απευθύνεστε στη Συντονίστρια της ΟΕΑ, Τ. Σιδηροπούλου, στο τηλ. 210 583 2371 ή στο e-mail [tsidirop@med.uoa.gr](mailto:tsidirop@med.uoa.gr)

Για τεχνικά θέματα απευθύνεστε στην ΕΑΕ 210 64 44 174 ή στο info@anaesthesiology.gr