

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO

Richiesta di iscrizione

“Scuola Nazionale di Stomaterapia AISTOM”

Bari,2010

Nome:

Cognome:

Residenza

Tel.

Az. Osp. e Reparto presso il quale lavori:
--

Servizio

Ambulatorio

altro:

Hai già frequentato corsi di formazione in Stomaterapia ed Incontinenza?

SI NO

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti stomizzati?

SI NO

E' stata tua l'iniziativa di richiedere la partecipazione a questo corso, oppure ne hanno fatto richiesta il tuo Primario/Direttore Sanitario o Azienda Ospedaliera?

Se l'idea è stata tua, quali sono state le motivazioni che ti hanno spinto a farlo?

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la Stomaterapia?

buone

discrete

sufficienti

insufficienti

Saresti interessato ad aprire un “Centro Aistom” o a supportare un’Associazione di pazienti Aistom nel tuo Territorio?

SI NO

Data.....

Firma

Inviare via fax, mail o posta