



17^ο ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
ΚΥ.ΣΥ.ΝΟ.Χ
17-18 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ CROWNE PLAZA, ΛΕΜΕΣΟΣ

Ο Πρόεδρος και τα μέλη του Συμβουλίου του Κυπριακού Συνδέσμου Νοσηλευτών Χειρουργείου, είναι στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει την διοργάνωση του 17^{ου} Παγκύπριου συνεδρίου, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο, **CROWNE PLAZA, Λεμεσός**, στις **17-18 Μαρτίου 2017**

Η νοσηλευτική έχει ενταχθεί πια στο επίπεδο των επιστημών. Ως εκ τούτου οι νοσηλευτές και ιδιαίτερα οι Περιεγχειρητικοί Νοσηλευτές, σαν εξειδικευμένος κλάδος της νοσηλευτικής, χρειάζονται συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση για να καταφέρουν να ανταποκριθούν στις νέες εξελίξεις και ολοένα αναβαθμισμένες τεχνολογίες που κατακλύζουν το χώρο των χειρουργείων.

Σας προσκαλούμε όλους, περιεγχειρητικούς νοσηλευτές και μη, όπως συμβάλετε με κάθε τρόπο, είτε σαν ομιλητές, είτε σαν σύνεδροι, στη επιτυχή έκβαση του συνεδρίου. Στόχος είναι το δικό μας επαγγελματικό όφελος και ο εμπλουτισμός του γνωστικού οικοδομήματος μας.

Σύμφωνα με τον Σωκράτη «**Η Μόρφωση όπως ακριβώς μια εύφορη γη φέρνει όλα τα καλά**».

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παναγιώτα Μυλωνά - Πρόεδρος

Φοίβος Ιωάννου - Αντιπρόεδρος

Άννα Κεραυνού - Γραμματέας

Μαρία Παπά - Ταμίας

Σαπίνα Μονογιού - Μέλος

Πανίκος Γαβριήλ - Μέλος

Μάριος Πολυδώρου - Μέλος

Χριστιάνα Ορφανίδου - Μέλος

Νίκος Κωνσταντίνου - Μέλος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παναγιώτα Μυλωνά Πρόεδρος

Άννα Κεραυνού Μέλη

Μαρία Παπά

Νίκος Κωνσταντίνου

Κώστας Γεωργίου

Κωνσταντίνος Τσαγγαρίδης



ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ CROWNE PLAZA ΛΕΜΕΣΟΣ, 17-18 Μαρτίου 2017

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ

Ημερομηνία Λήξης Υποβολής περίληψης εργασιών

20 Φεβρουαρίου 2017

ΓΛΩΣΣΑ

Επίσημη γλώσσα Συνεδρίου είναι η Ελληνική

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

- Το επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνει Στρογγυλές Τράπεζες, Διαλέξεις, Ελεύθερες Ανακοινώσεις, Αναρτημένες Ανακοινώσεις
- Κλινικά Εργαστήρια.

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργήσει έκθεση Ιατροτεχνικού εξοπλισμού σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

- Οι συγγραφείς μπορούν να υποβάλουν τις περιλήψεις των εργασιών τους σε ηλεκτρονική μορφή στην ηλεκτρονική διεύθυνση: GPMylonas@gmail.com
- Η περίληψη να είναι γραμμένη στο Η/Υ σε πρόγραμμα WORD σε γραμματοσειρά Arial 12 και να υποβληθεί μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη Πρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής GPMylonas@gmail.com με τη μορφή συνημμένου αρχείου. **Κάτω από το τίτλο της εργασίας σας να αναγράφεται το ονοματεπώνυμό σας, ο τίτλος που κατέχετε, το τμήμα και το νοσηλευτήριο που υπηρετείτε, η ηλεκτρονική σας διεύθυνση και τα τηλέφωνα επικοινωνίας, όπως και ο τίτλος της παρουσίασης σας στα Αγγλικά, για να μπορεί να σταλεί το επιστημονικό πρόγραμμα στον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Χειρουργείου προς αξιολόγηση, στα Αγγλικά.**
- Σε περίπτωση ομαδικής εργασίας παρακαλώ όπως παραθέσετε ονοματεπώνυμο, θέση και χώρο εργασίας, ακαδημαϊκά προσόντα των συνεργατών σας. Το όνομα



του συγγραφέα που θα παρουσιάσει την εργασία να είναι **πρώτο και υπογραμμισμένο**.

- Οι περιλήψεις θα γίνονται δεκτές μέχρι την **20^η Φεβρουαρίου 2017**.
- **Ο ομιλητής είναι ελεύθερος συνδρομής συνεδρίου.**
- Η επιστημονική επιτροπή θα σας ενημερώσει για την παραλαβή της περίληψης σας με ηλεκτρονικό μήνυμα.
- Ο τίτλος της εργασίας θα πρέπει να αναγράφεται με κεφαλαία γράμματα **ARIAL BOLD** στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα και σε γραμματοσειρά **14**
- Το κείμενο της περίληψης να μην υπερβαίνει τις **250 λέξεις**.
- Η περίληψη να έχει την εξής δομή:

Αν είναι ερευνητική εργασία:

- Εισαγωγή – Σκοπός
- Υλικό – Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συμπεράσματα /εισηγήσεις

Εάν πρόκειται για ανασκόπηση:

- Εισαγωγή – Σκοπός
- Ανασκόπηση βιβλιογραφίας
- Αποτελέσματα
- Συμπεράσματα / εισηγήσεις



ΧΡΟΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ελεύθερες Ανακοινώσεις	15 λεπτά
Διαλέξεις	20 λεπτά
Στρογγυλές Τράπεζες	60 λεπτά
Εργαστήρια	45 λεπτά

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Νοσοκομείο/Κλινική: _____

Τμήμα: _____ Θέση: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Πόλη: _____ Διεύθυνση: _____ Τ.Κ.: _____

Τηλέφωνο Εργασίας: _____ ΦΑΞ:

Κινητό Τηλέφωνο: _____ email: _____

ΕΓΓΡΑΦΗ

Για την εγγραφή σας στο ΣΥΝΕΔΡΙΟ παρακαλείστε όπως παραδώσετε συμπληρωμένο το Δελτίο Συμμετοχής σας, στα μέλη Δ.Σ. ΚΥ.ΣΥ.ΝΟ.Χ ανά επαρχία ή αποσταλεί στο ΦΑΧ 24304326

ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

	ΜΕΧΡΙ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017	ΑΠΟ 26 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ ΜΕΧΡΙ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	€40	€50
ΦΟΙΤΗΤΕΣ	€20	€25

Το κόστος εγγραφής περιλαμβάνει:

- Είσοδο στις επιστημονικές διαλέξεις
- Συμμετοχή στα Κλινικά Εργαστήρια
- Συνεδριακό υλικό (Συνεδριακή τσάντα, μπλοκ σημειώσεων, στυλό, βιβλίο πρακτικών, πιστοποιητικό παρακολούθησης)
- Συμμετοχή στην τελετή έναρξης
- Καφέ και σνακ στα διαλείματα

Το βράδυ της Παρασκευής **17/03/2017** προγραμματίζεται γεύμα με μουσική, πλούσιο φαγητό και απεριόριστο ποτό. Όλοι οι σύνεδροι είναι ευπρόσδεκτοι και το κόστος συμμετοχής είναι μόνον **10 ευρώ**. Εισιτήρια θα προπωλούνται.



ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

- **ΤΡΑΠΕΖΙΚΟ ΕΜΒΑΣΜΑ ΣΤΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΚΥ.ΣΥ.ΝΟ.Χ.)**

Στη ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΗ & ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ IBAN : CY1500 7116 1000 0000 0040 272356

Παρακαλώ όπως η απόδειξη αποσταλεί με FAX στον αριθμό 24304326

- **ΜΕΤΡΗΤΑ στα μέλη του Δ.Σ. ΚΥΣΥΝΟΧ ανά επαρχία ή στο χώρο του Συνεδρίου κατά τις καθορισμένες ώρες εγγραφής όπως θα αναγράφονται στο τελικό πρόγραμμα.**



**ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ, ΚΥ.ΣΥ.ΝΟ.Χ.
17^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτών Χειρουργείου,
Ξενοδοχείο CROWN PLAZA, Λεμεσός, 17-18 Μαρτίου 2017,**

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΣΗ :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ: Τ.Κ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Εάν επιθυμείτε όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail) σας καταχωρηθεί στο Αρχείο ηλεκτρονικής διακίνησης πληροφοριών του Συνδέσμου για σκοπούς ενημέρωσης σας για επαγγελματικές δραστηριότητες, παρακαλώ στείλετε email στη ταχυδρομική διεύθυνση **GPMylonas@gmail.com**

ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ:

	ΔΗΛΩΣΤΕ √	ΜΕΧΡΙ 25 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2017	ΑΠΟ 26 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ ΜΕΧΡΙ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ		€40	€50
ΦΟΙΤΗΤΕΣ		€20	€25

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Α) Παρακαλείστε όπως παραδώσετε το ποσό και το Δελτίο Συμμετοχής πλήρως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο στα μέλη Δ.Σ. ΚΥ.ΣΥ.ΝΟ.Χ ανά επαρχία.

Β) Μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό “ Κυπριακός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Χειρουργείου στη ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΗ &ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΚΥΠΡΟΥ ΛΤΔ, Αριθμός Λογαριασμού IBAN CY15007116100000000040272356 και η απόδειξη του εμβάσματος να αποστέλλεται απαραίτητα στο FAX 24304326 ή ηλεκτρονικά στο **GPMylonas@gmail.com**

Ακύρωση της συμμετοχής σας μέχρι και την 20^η Φεβρουαρίου 2017, θα συνεπάγεται επιστροφή του 50% του ποσού που πληρώθηκε. Μετά από αυτή την ημερομηνία δεν θα γίνεται καμία επιστροφή.

Η τιμή περιλαμβάνει την συμμετοχή σας στο επιστημονικό πρόγραμμα, στα εργαστήρια, τσάντα με το υλικό του συνεδρίου, πιστοποιητικό παρακολούθησης μοριοδοτημένο από τον ΕΟΡΝΑ, τα ροφήματα κατά τα διαλείμματα και με μόνο 10 ευρώ επιπλέον την συμμετοχή σας στο επίσημο δείπνο του Συνεδρίου.

Εάν επιθυμείτε να συμμετέχετε σε εργαστήριο, παρακαλώ όπως συμπληρώσετε το σχετικό έντυπο για καλύτερο συντονισμό.

Για περαιτέρω πληροφορίες μπορείτε να αποστείνετε στα τηλέφωνα: 24800328, 99645877, 99327823

Επιθυμώ να συμμετάσχω στο Gala Dinner στις 17 Μαρτίου 2017 και ώρα 20.30. Για τους συνέδρους : Επισυνάπτω το ποσό των € 10/ άτομο Για τους συνοδούς : Επισυνάπτω το ποσό των € 25./ άτομο, Αρ. Ατόμων:..... Η τιμή περιλαμβάνει μουσική, φαγητό και απεριόριστο κυπριακό ποτό.	ΝΑΙ	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
---	-----	---------------------------------

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....