

Responsabile Scientifico

Francesco Visciotti, Pronto Soccorso P.O. Teramo
Tel. 393/5628325 francesco.visciotti@aslteramo.it

Responsabile Segreteria Organizzativa
ATRI:

Rosanna Modesti, Rianimazione P.O. Atri
Tel 393/1862191 rosanna.modesti@aslteramo.it

MOSCIANO SANT'ANGELO:

Daniela Pancottini, Pronto Soccorso P.O. Sant'Omero
Tel. 349/3138857 daniela.pancottini@aslteramo.it

INFO:

Ufficio Formazione Aggiornamento e Qualità

Circ.ne Ragusa, 1 - 64100 Teramo

Tel. 0861420245/420318

Fax. 0861420229

formazionequalita@aslteramo.it

Collegio IP.A.S.VI. Teramo

Via Vinciguerra,38 - 64100 Teramo

Tel./Fax. 0861 241838

info@ipasviteramo.it

Il corso è rivolto a:

Infermiere

Infermiere Pediatrico

Assistente Sanitario

in regola con l'iscrizione al Collegio IPASVI di Teramo

Posti disponibili: **100**

Crediti ECM: **8**



TRAUMA E POLITRAUMA

Quando la conoscenza fa da subito la differenza

La gestione della prima fase del soccorso

I EDIZIONE

ATRI

Venerdì 7 aprile 2017

Auditorium S. Agostino *Corso Elio Adriano*

II EDIZIONE

MOSCIANO SANT'ANGELO

Sabato 22 Aprile 2017

Blu Business Palace *Viale Europa, 23*

8:15-8:45

Videoclip di motivazione al tema

8:45-10:45

Introduzione al Trauma e Politrauma

10:45-11:00

Pausa Caffè

11:00-12:00

**Esercitazioni pratiche di simulazione scenari
e di immobilizzazioni a mani libere**

12:00-12:30

**Articolazione del lavoro
e attribuzione degli obiettivi per la sessione
di autoapprendimento**

12:30-13:30

Pausa Pranzo

13:30-15:00

La Valutazione Primaria

15:00-16:00

Valutazione Secondaria

16:00-17:00

**Esercitazioni pratiche in aula, a gruppi
(immobilizzazioni manuali, estricazioni rapide,
prono supinazione)**

17:00-17:30

Test di Valutazione finale

17:30

Chiusura Lavori

Docente

Sergio D'Ascenzo

Centrale Operativa 118 P.O. Teramo

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Trauma e Politrauma

Posti disponibili n. 100

Inviare per fax o mail **entro e non oltre il 23 marzo 2017**
al numero **0861 241838** - **info@ipasviteramo.it;**
teramo@ipasvi.legalmail.it

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo e data di nascita: _____

Via: _____

Città: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Professione: _____

Disciplina: _____

Unità Operativa: _____

Presidio: _____

Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Edizione prescelta: I 7 aprile II 22 aprile

Data _____

Firma del richiedente

Si autorizza

Firma del Responsabile dell'U.O (Dirigenza medica)
Firma dell'Infermiere Coordinatore (Comparto)

ATTENZIONE! La mancata compilazione della scheda di iscrizione in ogni sua parte comporterà l'esclusione dai crediti formativi ECM.

Crediti ECM assegnati: 8

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/03. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. 196/03 i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo formeranno oggetto di trattamento esclusivamente per la richiesta di iscrizione all'evento. I dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa di cui sopra con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio ed il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di instaurare rapporti con la scrivente. I suoi dati personali potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento ed, in genere, a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione si renda necessaria in relazione alle finalità di cui sopra. La scrivente si riserva di effettuare, durante lo svolgimento del Congresso, riprese foto-cinematografiche, e si impegna a che l'utilizzo di tali riprese sia finalizzato esclusivamente al contenuto dell'evento in oggetto e con intenti prettamente didattici. Tali riprese potranno essere sottoposte alla visione di soli docenti e partecipanti iscritti allo stesso evento. Per i partecipanti che desiderassero vedere uno o più riprese dell'evento le immagini potranno essere visionate previo accordo con la segreteria organizzativa.

ACQUISIZIONE CONSENSO DELL'INTERESSATO. Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, come interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini e le modalità di utilizzo indicati nell'informativa di cui sopra.

- presta il suo consenso all'utilizzo in forme audiovisive e fotografiche della propria immagine, per usi consentiti dalla Legge e senza offesa del buon costume e della morale individuale, esclusivamente per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa.

Do il consenso Nego il consenso Firma _____