PROGRAMMA E OBIETTIVI DEL CORSO

URGENZE, PATOLOGIE GRAVI E FARMACI

20 DICEMBRE 2012

H.08.00-15.00

PROGRAMMA

08.00-09.00 Presentazione del corso. Dott.M.Raffa
09.00-11.00 Trauma Cranico: Cause-Assistenza medico infermieristico
DottDe Caro.M-Inf.Baviello.R.
11.00-13.00 Comprendere e comunicare :La SLA Dott.Guerriero.B.
Coord.Albanese G
13.00-14.00 Pazienti con BPCO Dott.LOMUTO.R.Inf.Sciaraffa.R.
14.00-15.00 Conclusioni e test Dott.Raffa.M.

OBIETTIVI

Obiettivo formativo PERCORSI CLINICO/ ASSISTENZIALI/ DIAGNOSTICI/ RIABILITATIVI,
PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA

Acquisizione competenze tecnico-professionali MIGLIORARE LE CAPACITA' COGNITIVE E PROFESSIONALE IN MANIERA DI MIGLIORARE E MONITORARE LE SOLUZIONI OPPURTUNE _IN CASO DI SITUAZIONI DI MERGENZA CHE POSSONO METTERE IN PERICOLO LA VITA DI UN INDIVIDUO E ANCHE RIUSCIRE A CAPIRE IL SIGNIFICATO DELLA PAROLA MALATTIA ED IL SUO VIVERE QUOTIDIANO.

Acquisizione competenze di processo
SE E IN QUALE MISURA LE ATTIVITA' PROGRAMMATE SONO STATE REALIZZATE RAGGIUGENDO I RISULTATI ATTESI

Acquisizione competenze di sistema RAGGIUNGERE L'EFFECIENZA E L'EFFICACIA. L'EFFICIENZA:MIGLIOR RISULTATO A PARITA' DI RISORSE CERCANDO QUELLA PIU' UTILE AL RAGGIUNGIMENTO DELLA SOLUZIONE. L'EFFICACIA:ESEGUIRE UN RAPPORTO TRA IL RISULTATO E L'OBIETTIVO CHE SI VUOLE OTTENERE VALUTANDO UN CONFRONTO

SCHEDA D'ISCRIZIONE

URGENZE, PATOLOGIE GRAVI E FARMACI

20 DICEMBRE 2012

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

P.IVA|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____ PROV ____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL _____ PROFESSIONE _____

INDICARE CON UNA X

- ☐ LIBERO PROFESSIONISTA
- ☐ DIPENDENTE
- ☐ CONVENZIONATO
- ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

COSTO € 35.00

|__| HO VERSATO L'IMPORTO IN CONTANTI
|__| HO VERSATO L'IMPORTO SUL CCP N. 1006474736
|__| HO VERSATO L'IMPORTO CON BONIFICO BANCARIO CODICE IBAN
IT02O0760115100001006474736

INTESTATO A SID SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE A R.L. "ONLUS". SID FORMAZIONE
VIA GIACOMO LEOPARDI N.23 -83035- GROTTAMINARDA (AV)
CAUSALE:**URGENZE, PATOLOGIE GRAVI E FARMACI**
DA INVIARE VIA FAX (0825/426217) O VIA E-MAIL (formazione@sidnet.it)

IL CORSO SI SVOLGERÀ REGOLARMENTE SE CI SARÀ UN MINIMO DI 25 PARTECIPANTI.
IN CASO IL CORSO NON RAGGIUNGA IL NUMERO MINIMO SARÀ RESTITUITA L'INTERA QUOTA.
IN CASO DI RINUNCIA DEL PARTECIPANTE LA QUOTA NON SARÀ RESTITUITA.

FIRMA _____ DATA _____

LE SUDDETTE INFORMAZIONI VERRANNO UTILIZZATE ESCLUSIVAMENTE PER TRASMETTERE I DATI DELLA VOSTRA PARTECIPAZIONE NELL'AMBITO DEI CORSI DI SID FORMAZIONE A NORMA DEL D.LGS.196/2003 E S.M.I. A TUTELA DELLA PRIVACY. DICHIARO CHE I DATI SOPRA RIPORTATI SONO ESATTI E CHE SARÀ MIA CURA INFORMARVI DI EVENTUALI CAMBIAMENTI.

FIRMA _____ DATA _____