**FORMULARIO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE FORMACIÓN Y SIMULACIÓN DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | 14 ENERO 2020 |
| **SOLICITANTE** | **Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto**  Dr. José Luis Pérez Vela, [perezvela@yahoo.es](mailto:perezvela@yahoo.es), [jpvela@salud.madrid.org](mailto:jpvela@salud.madrid.org), 686430078 |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | **Servicio, Unidad, Empresa**  Servicio de Medicina Intensiva. Hospital 12 de Octubre. |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **V Curso teórico y simulación de ECMO en adultos** |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | Curso de nueva creación.  X Curso ya realizado anteriormente. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | 13-15 mayo 2020  En caso de imposibilidad, se solicitan opciones |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | En principio serán 2 ediciones al año |
| **HORARIO** | X Mañana  X Tarde |
| **NÚMERO DE HORAS** | 27 total, incluidos descansos  11 h primer día, 11 segundo día y 5 el tercer día, incluidos descansos |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** | 30 alumnos |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** | Abierta |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS** | **Idealmente se aportará al personal del Centro un programa provisional del curso**  Se adjuntará programa provisional |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas, salón de actos**  3 Salas de simulación. Número:  Salas de debriefing. Número:  Consultas. Número:  Sala de cuidados.  Aulas. Número:  1 Aula doble. (o aula normal, para 30 alumnos) |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible**  **-Sistema de proyección**  **-Simulador ecocardio**  **-Simulador ECMO**  **-Dispositivo ECMO x 2**  **-Montaje escenario clínico: maniquí de simulación, respirador, monitor, SGanz, vía central, pleurevac.**  **-Sueros, sistema de suero, paños.**  **-Pantalla TV y ordenador** |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores**  **-25 formadores en total**  **-1 personal técnico** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto**  -Apoyo con material específico y posible personal técnico: Fresenius medical care y getinge group  -No otro soporte economico |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...**  -Apoyo técnico y de secretaría Aymon Solutions  -Simulador ECMO Medical Simulator |
| **COMENTARIOS** | **En caso que no sea posible las fechas fijadas, solicito opciones**  **Quedo a su disposición** |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

****

**Dr. José Luis Pérez Vela**