|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **Juan Carlos Rodriguez Yuste** |
| **TELÉFONO (móvil)** | ***616058922*** |
| **E-MAIL** | ***jrodriguezy@salud.madrid.org*** |
| **SERVICIO/UNIDAD** | ***Unidad de cuidados Paliativos. Hospital 12 de Octubre.***  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **Ventilacion mecánica en paciente con necesidades paliativas.**  |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **21 y 23 abril. (turno de tarde).** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **1** |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **30** |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.** **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda: Curso realizado en el hospital 3 veces  |
| **CURSO DIRIGIDO A:** | *PERSONAL DEL HOSPITAL*  | **x** |
| *PERSONAL EXTERNO* | x |
| *AMBOS*  | x |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO****(*materias, contenidos)*** | Manejo de la ventilación en pacientes con enfermedad avanzada. Principalmente pacientes con ELA: |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible*****TODO EL MATERIAL LO APORTARA EL EQUIPO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL.**  |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | **Javier Sayas y Ana (neumólogos del hospital).** |
| **ENTIDADES QUE FINANCIAN EL CURSO:****-Inscripciones de asistentes****-Entidades externas*****(Recursos económicos que se aportan para el desarrollo del curso)*** | \_\_\_\_SI *(especificar):**\_\_x\_\_*NO |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | ***Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software, otros (especificar)*** |
| **INSTALACIONES DISPONIBLES**  | **Nº SALAS** | **DENOMINACION SALA** | MARCAR  |
| 3 | SALAS DE SIMULACIÓN/ DEBRIEFING |  |
| 6 | AULAS / TALLER |  |
| 1 | SALA DE CUIDADOS |  |
| 2 | SALA MULTIFUNCION *(una parte división)* |  |
| 1 | SALA MULTIFUNCION  |  |

**DETALLE DE LAS INSTALACIONES**

|  |
| --- |
| **SALA SIMULACIÓN** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  | **x** | **21 y 23** | **Abril** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 3** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SALA DEBRIEFING** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AULAS / TALLER** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  | **x** | **21 y 23** | **Abril** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  | **X** | **21 y 23**  | **Abril** | **2020** |
| **Salas Nº 3** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 4** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 5** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 6** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SALA DE CUIDADOS** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AULAS *(media sala multifunción)*** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SALA MULTIFUNCIÓN** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salón de Actos** |  | **x** | **21 y 23** | **abril** | **2020** |

**\**Consultar precios***