|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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***