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

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | **5/11/19** |
| **SOLICITANTE** | **Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto****Dr. Andrés Gómez Fraile (J. Serv. Cirugía Pediátrica)****Dra. María López Díaz /** **mlopezdiaz@salud.madrid.org****Tel 649710220** |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | **Servicio, Unidad, Empresa****Cirugía Pediátrica** |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **AITP (Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico)** |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | [ ]  Curso de nueva creación.X Curso ya realizado anteriormente. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **26, 27 y 28 de Marzo 2020** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **2** |
| **HORARIO (especificar tramo de horas)** | Día 26/3/2020Mañana: 8:30 a 13:45 horasTarde: 15:00 a 19:00 horasDía 27/3/2020Mañana: 8:30 a 14:00 horasTarde; 15:00 a 18:00Día 28/3/2020Mañana: 8:00 a 13:00 horas |
| **NÚMERO DE HORAS** | 23 |
| **NÚMERO DE ALUMNOS PREVISTOS POR SESIÓN** | 20 |
| **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**Asistencia Inicial al Trauma PediátricoSe adjunta programa del curso  |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas, salón de actos**[ ]  Salas de simulación. Número:[ ]  Salas de debriefing. Número: [ ]  Consultas. Número: 2 (26/3/2020) ; 4 (27/3/2020); 5 (28/3/2020)[ ]  Sala de cuidados.[ ]  Aulas. Número: ½ del Salón de Actos (26/3/2020 hasta las 13:45); ½ del Salón de Actos (27/3/2020 de 8:30 a 10:30 y de 15:00 a 18:30); ½ del Salón de Actos (28/3/2020 de 9:30 a 12:00);[ ]  Aula doble. |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible****CABLE HDMI,** **Si no nos conceden el Salón de Actos la pantalla de TV con audio, debería estar en un Aula doble que serán donde se den las clases teóricas.**  |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** **(Fondos económicos previstos a recibir)** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la FUNDACIÓN. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto** |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** | **Posible pendiente de concretar: FUNDACIÓN I+12 (NOS PROPORCIONARÍA ANIMALES Y QUIRÓFANO DE EXPERIMENTACIÓN).** |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...** |
| **COMENTARIOS** | **especificamos las Salas.** Consultas. Dos consultas EL 26/3/2020 de 15:15 a 19:00 horas; Cuatro consultas el 27/3/2020 de 11:00 a 14:00 horas, una de ellas que no tenga ventana y 2 consultas de 16:30 a 18:00 horas que no se comuniquen; Cinco consultas el 28/3/2020 de 8:30 a 13:00 horas). Aulas: ½ del Salón de Actos (26/3/2020 hasta las 13:45); ½ del Salón de Actos (27/3/2020 de 8:30 a 10:30 y de 15:00 a 18:30); ½ del Salón de Actos (28/3/2020 de 9:30 a 12:00);En caso de no estar disponible el Salón de Actos el Aula serán dos consultas comunicadas entre sí, con 20 sillas de alumnos y 5 para el profesorado junto a la TV con audio.  |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**Dra. López Díaz**