|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **María Jesús López Gude** |
| **TELÉFONO (móvil)** | **636808454** |
| **E-MAIL** | **mariajesus.lopez@salud.madrid.org** |
| **SERVICIO/UNIDAD** | **Servicio de Cirugía Cardiaca** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **CIRUGÍA CARDIACA MÍNIMAMENTE INVASIVA**  **CARDIOPATÍA CONGÉNITA SIMPLE Y VÁLVULA MITRAL** | |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **20-22 abril de 2020** | |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **3** | |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **10** | |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.**  **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda:  **Nueva creación** | |
| **CURSO DIRIGIDO A:** | *PERSONAL DEL HOSPITAL* |  |
| *PERSONAL EXTERNO* | X |
| *AMBOS* |  |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO**  **(*materias, contenidos)*** | En el momento actual los programas en cirugía cardiaca mínimante invasiva son pocos y con poca casuística. El curso pretende formar a aquellos cirujanos cardiacos que quieran comenzar con esta técnica. La experiencia de nuestro centro en este campo de trabajo es una de las más importantes a nivel nacional tanto por número de casos como por tiempo de seguimiento.  En el curso se abordará los recursos humanos y materiales que se requiere para poner en marcha un programa de cirugía cardiaca mínimamente invasiva. En la parte de simulación los cirujanos aprenderán como organizar el campo quirúrgico, el uso de la cámara de videotoracoscopia, el manejo del instrumental específico y las técnicas quirúrgicas en las patologías de cardiopatías congénitas simples y valvulopatía mitral. | |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible:***  **Intrumental para cirugía mínimamente invasiva**  **Cámara de videotoracoscopia**  **Tres simuladores del campo quirúrgico** | |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | **1 cirujano cardiaco del Hospital 12 de Octubre**  **1 cardiólogo del Hospital 12 de Octubre**  **1 anestesista del Hospital 12 de Octubre**  **1 perfusionista del Hospital 12 de Octubre** | |
| **ENTIDADES QUE FINANCIAN EL CURSO:**  **-Inscripciones de asistentes**  **-Entidades externas**  ***(Recursos económicos que se aportan para el desarrollo del curso)*** | **\_\_x\_SI *(especificar): solo por parte de entidades externas: Edwards Lifesciences y Braun Medical***  ***Suministrarán todo el material necesario para el curso*** | |
| **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 | **x** |
| 6 | AULAS / TALLER |  |
| 1 | SALA DE CUIDADOS |  |
| 2 | AULAS *(mitad salón de actos)* |  |
| 1 | SALÓN DE ACTOS |  |

**DETALLE DE LAS INSTALACIONES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALA SIMULACIÓN** | | | | | |
|  | **TURNOS** | | **FECHAS** | | |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  | **x** | **20-22** | **Abril** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 3** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALA DEBRIEFING** | | | | | |
|  | **TURNOS** | | **FECHAS** | | |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** | **x** |  | **20-22** | **Abril** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AULAS / TALLER** | | | | | |
|  | **TURNOS** | | **FECHAS** | | |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |
| **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 *(medio salón de actos)*** | | | | | |
|  | **TURNOS** | | **FECHAS** | | |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALÓN DE ACTOS** | | | | | |
|  | **TURNOS** | | **FECHAS** | | |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salón de Actos** |  |  |  |  |  |

**\**Consultar precios***