|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **Mario Chico Fernández** |
| **TELÉFONO (móvil)** | ***679328904*** |
| **E-MAIL** | ***murgchico@yahoo.es*** |
| **SERVICIO/UNIDAD** | ***UCI de Trauma y Emergencias. Servicio de Medicina Intensiva*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **SIMULACIÓN EN TRAUMA. FORMACIÓN REGLADA EN TRAUMA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. UCI DE TRAUMA Y EMERGENCIAS. UCITE.** |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **MIERCOLES DE LA SEGUNDA Y CUARTA SEMANA DE CADA MES** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **DOS AL MES** |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **4** |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.** **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda: ***Realizado previamente, antes que se dispusiera del centro de simulación*** |
| **CURSO DIRIGIDO A:** | *PERSONAL DEL HOSPITAL*  | **x** |
| *PERSONAL EXTERNO* |  |
| *AMBOS*  |  |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO****(*materias, contenidos)*** | FORMACIÓN EN TRAUMA CON SIMULACIÓN Y DEBRIEFING DE CASOS REALES ()ADAPTADOS PARA SIMULACIÓN Y LA DOCENCIA |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible*****Simulador de trauma** |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | **Todo personal de la UCI de Trauma y Emergencias. Servicio de Medicina Intensiva 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 ActIvidad formativa de residentes del hospital y rotantes |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | ***Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software, otros (especificar)***No |
| **INSTALACIONES DISPONIBLES**  | **Nº SALAS** | **DENOMINACION SALA** | MARCAR  |
| 3 | SALAS DE SIMULACIÓN/ DEBRIEFING | **x** |
| 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** |  |  |  |  |  |
| **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** |  |  |  |  |  |
| **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***

***SE TRATARÍA DE UNA ACTIVIDAD CON LA PERIORIDAD DESCRITA. SE SUSPENDERÍA ANTE LA NECESIDAD DEL CENTRO DE SIMULACIÓN PARA OTRAS ACTIVIDADES.***

***SE ELABORARÍA UN INFORME DE ACTIVIDADES ANUAL.***