|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **SANTIAGO PÉREZ GARCÍA** |
| **TELÉFONO (móvil)** | ***61686*** |
| **E-MAIL** | ***Idi.hdoc@salud.madrid.org*** |
| **SERVICIO/UNIDAD** | ***Investigación desarrollo innovación y procesos enfermería******Coordinador El12Educa*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **El12Educa.****Vida Saludable de la persona ostomizada** |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **Ed.2/2020:****5, 12, 19 y 26 de febrero 2020****Ed.3/2020:****22,29 abril, 6 y 13 mayo 2020** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **4 sesiones por edición** **Varias ediciones al año** |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **15** |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.** **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda:Ya realizado en años anteriores  |
| **CURSO DIRIGIDO A: Pacientes y familiares portadores de ostomía** | *PERSONAL DEL HOSPITAL*  |  |
| *PERSONAL EXTERNO* |  |
| *AMBOS*  | x |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO****(*materias, contenidos)*** |  |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible*****Maniquí de simulación con estoma** |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | **Profesionales 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 | **2** |
| 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** | **11-13** |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** | **11-13** |  |  |  |  |
| **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** | **11-13** |  |  |  |  |

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