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

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | **30 OCTUBRE 2019** |
| **SOLICITANTE** | **Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto****F. JAVIER SANCHEZ CHILLON** |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | **Servicio, Unidad, empresa****ÁREA CUIDADOS CRITICOS DE ENFERMERIA** |
| **TÍTULO DEL CURSO** |  **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE SOMETIDO A TERAPIA ECMO**  |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | X[ ]  Curso de nueva creación.[ ]  Curso ya realizado anteriormente. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **15 NOVIEMBRE** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **1** |
| **HORARIO** | X[ ]  Mañana[ ]  Tarde |
| **NÚMERO DE HORAS** | 15H |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** | 30 ALUMNOS |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** | PERSONAL DEL HOSPITAL |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS…** |  **OBJETIVOS: Actualizar y consolidar conocimientos teórico-prácticos en relación a las terapias de ECMO actuales y sus cuidados.** **OBJETIVOS ESPECIFICOS:** ** Actualizar conocimientos respecto a los cuidados de enfermería de los pacientes sometidos a terapia ECMO.** ** Optimizar los cuidados del paciente con esta terapia.** ** Reconocer las diferentes modalidades de la terapia ECMO y su repercusión en los cuidados de los pacientes.** ** Conocer el funcionamiento y mantenimiento de los aparatos con los que trabaja el servicio de medicina intensiva.**  |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas…**X[ ]  Salas de simulación. Número**: 1, 2, 3**[ ]  Salas de debriefing. Número:[ ]  Consultas. Número:[ ]  Sala de cuidados.[ ]  Aulas. Número:[ ]  Aula doble. |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible****SALA 1 SIMULADOR PROVISTO POR MEDICAL SIMULATOR :****SALA 2 MANIQUI PARA TALLER DE CEBADO Y COLOCACIÓN ECMO. MATERIAL ACCESORIO PROPIO DE CANULACIÓN : PAÑOS ESTERILES, APÓSITOS, ETC****SALA 3: ORDENADOR Y TELEVISIÓN DE PROYECCION PARA TEÓRICA.****HEMOFILTRO BAXTER, CIRCUITO DE ECMO Y MATERIAL NECESARIO PARA CONEXIONES.** |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores****ENFERMERA PERFUSIONIST****DOCENTES DE ENFERMNERIA PARA LOS TALLERES DE CUIDADOS Y HEMOFILTRACION** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto**NO HAY FINANCIACION |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...** |
| **COMENTARIOS** |  |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**