**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**