**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****CUIDADOS CRITICOS CARDIOLOGICOS** |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **FORMACIÓN ECMO** |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | X[ ]  Curso de nueva creación.[ ]  Curso ya realizado anteriormente. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **13 NOVIEMBRE** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **1** |
| **HORARIO** | X[ ]  Mañana[ ]  Tarde |
| **NÚMERO DE HORAS** |  |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** |  |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** |  |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS…** | **Idealmente se aportará al personal del Centro un programa provisional del curso** |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas…**[ ]  Salas de simulación. Número: 1[ ]  Salas de debriefing. Número:[ ]  Consultas. Número:[ ]  Sala de cuidados.[ ]  Aulas. Número:[ ]  Aula doble. |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible** |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto** |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...** |
| **COMENTARIOS** | **FORMACION DEL SIMULADOR DE ECMO IMPARTIDA POR MEDICAL SIMULATOR PARA SU POSTERIOR UTILIZACION EN LOS CURSOS DE NOVIEMBRE DE ECMO**  |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**