|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **Laura Forcén Acebal** |
| **TELÉFONO (móvil)** | **626946946** |
| **E-MAIL** | lauratrona@gmail.com |
| **SERVICIO/UNIDAD** | **Ginecología y Obstetricia** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **CURSO DE DISTOCIA DE HOMBROS** |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **17 Diciembre 2019 de 15 a 18 h** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **Unas 10 ediciones a lo largo de 2020 con fechas a determinar para formar a todas las matronas, ginecólogos y residentes de ginecología en distocia de hombros** |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **16 alumnos por taller** |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.** **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda: Nueva creación  |
| **CURSO DIRIGIDO A:** | *PERSONAL DEL HOSPITAL*  | **X** |
| *PERSONAL EXTERNO* |  |
| *AMBOS*  |  |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO****(*materias, contenidos)*** | 3 horas de duraciónPrimera media hora de charla teórica1 hora de prácticas de maniobras de resolución de distocia de hombros en maniquíes de pelvis-feto.1 hora y media en que se divide el grupo:8 personas realizan taller con feto maniquí con sensor de fuerza8 personas realizan escenario clínico y debriefing posterior con simulador híbrido actriz- feto, siendo la actriz una de las instructoras del curso |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible*****2 simuladores pelvis-feto, uno de ellos con sensor para medir la fuerza de tracción, que aporta el servicio de ginecología y obstetricia** |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | **3 adjuntas del servicio de ginecología y obstetricia:****Laura Forcén Acebal, Emma Batllori Badía, Inmaculada Mejía Jiménez.****1 matrona del área de paritorios del Hospital 12 de Octubre:****Iría de la Torre** |
| **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 |  |
| 1 | SALA DE CUIDADOS |  |
| 2 | AULAS *(mitad salón de actos)* |  |
| 1 | SALÓN DE ACTOS |  |

**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***