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

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | 21 octubre 2019 |
| **SOLICITANTE** | **Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto**Dr. José Luis Pérez Vela, perezvela@yahoo.es, jpvela@salud.madrid.org, 686430078 |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | **Servicio, Unidad, Empresa**Servicio de Medicina Intensiva. Hospital 12 de Octubre.  |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **IV Curso teórico y simulación de ECMO en adultos** |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | [ ]  Curso de nueva creación.X[ ]  Curso ya realizado anteriormente. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | 21, 22 y 23 de noviembre 2019 |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | En principio serán 2 ediciones al año |
| **HORARIO** | X[ ]  MañanaX[ ]  Tarde |
| **NÚMERO DE HORAS** | 25 total, incluidos descansos8 h primer día, 11 segundo día y 6 el tercer día, incluidos descansos |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** | 30 alumnos |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** | Abierta |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS** | **Idealmente se aportará al personal del Centro un programa provisional del curso**Se adjunta programa provisional |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas, salón de actos**3[ ]  Salas de simulación. Número:[ ]  Salas de debriefing. Número:[ ]  Consultas. Número:[ ]  Sala de cuidados.[ ]  Aulas. Número:1[ ]  Aula doble. (o aula normal, para 30 alumnos) |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible****-Sistema de proyección****-Simulador ecocardio****-Simulador ECMO****-Dispositivo ECMO x 2****-Montaje escenario clínico: maniquí de simulación, respirador, monitor, SGanz, vía central, pleurevac.****-Sueros, sistema de suero, paños.****-Pantalla TV y ordenador** |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores****-25 formadores en total****-1 personal técnico** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto**-Apoyo con material específico y posible personal técnico: Fresenius medical care y getinge group |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...**-Apoyo técnico y de secretaría Aymon Solutions-Simulador ECMO Medical Simulator |
| **COMENTARIOS** | **Dado que es la primera ocasión en la que se realizará este curso en el Centro de Simulación, quedo a su disposición para aclarar cualquier duda** |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

****

**Dr. José Luis Pérez Vela**