IL CENTRO DI FORMAZIONE GRUPPO FIPES ORGANIZZA L'EVENTO FORMATIVO:

"ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO"

23 Febbraio 2011

Destinatari	ECM	ore	Quota di partecipazione	Posti disponibili	Sede di svolgimento corso	Orari di lezione	Temine ultimo di iscrizione
Infermieri	10	8	€ 130,00	22	Gruppo Fipes Via dell'Artigiano 7 Forlimpopoli (FC)	9.00-13.00 14.00-18.00	29 gennaio 2011

OBIETTIVO DELL'EVENTO

- Acquisire conoscenze e aggiornamenti in merito alla gestione della tracheostomia
- Acquisire conoscenze e aggiornamenti in merito alla prevenzione delle infezioni delle basse vie respiratorie
- Acquisire conoscenze e aggiornamenti in merito al trattamento dei principali disturbi della deglutizione
- Elaborare una procedura per la gestione della tracheostomia.

CONTENUTI GENERALI DEL CORSO

- Le tecniche tracheostomiche chirurgiche e percutanee, indicazioni, metodiche, complicanze e loro trattamento
- La cannula tracheale: tipi di cannula, utilizzo, sostituzione
- Il nursing del paziente tracheostomizzato
- L'igiene del cavo orale
- Medicazione della tracheostomia
- Aspetti di prevenzione delle basse vie respiratorie nella gestione della tracheostomia
- L'aspirazione endotracheale ed endobronchiale
- Norme comportamentali nel sospetto di occlusione della cannula tracheale
- I disturbi della deglutizione: la disfagia, la valutazione, l'approccio riabilitativo, l'assistenza al pasto, i compensi dietetici e posturali, le problematiche comunicative, lo svezzamento dalla cannula
- Lavoro di gruppo e discussione in plenaria

Per informazioni ed iscrizioni: **Gruppo Fipes Via Dell'Artigiano n. 7 Forlimpopoli (FC)**

Tel. 0543 742565 - 74 7201 **Fax.** 0543 747013 **Website:** www.gruppofipes.it **Mail:** formazione@gruppofipes.it

"ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO"

23 Febbraio 2011

CONDIZIONI GENERALI

MODALITA' D'ISCRIZIONE E PAGAMENTO
a) Pagamento tramite ***bonifico bancario*** tradizionale (coordinate bancarie: BANCA DI FORLI'- COD.IBAN IT 71 T 08556 13207 000000263526; nella causale specificare *titolo corso* e *data di svolgimento*) ed **invio congiunto di:**
- copia della **distinta di pagamento**
- **scheda d'iscrizione** debitamente compilata al *fax* n. 0543 – 747013

oppure

b) Pagamento dal sito www.gruppofipes.it con ***Carta di Credito*** o ***Bonifico On-Line*** selezionando il pulsante "**Acquista ora**" e seguendo le istruzioni indicate nelle videate dell'ordine d'acquisto (non inviare la scheda di iscrizione cartacea se si sceglie questo tipo di pagamento).

PRIORITA'
Le iscrizioni verranno accolte secondo l'ordine cronologico di avvenuto pagamento.

ANNULLAMENTO/RECESSO
Eventuali annullamenti dell'iscrizione dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre 5 gg. lavorativi dalla data di inizio del Corso,in forma scritta. In caso di mancata comunicazione, sarà addebitata l'intera quota di partecipazione.

FACOLTA' DI MODIFICA
Se per ragioni organizzative il corso dovrà essere annullato o subire variazioni di date sarà data tempestiva comunicazione ai partecipanti.
Iscrizioni insufficienti:
- possibilità di scegliere un altro corso
- oppure rimborso della quota versata

Iscrizioni eccedenti:
- possibilità di partecipare ad un'ulteriore edizione del corso (nel caso venga attivata)
- possibilità di scegliere un altro corso
- oppure rimborso della quota

PARTECIPAZIONE E CREDITI ECM
La presenza minima richiesta è del 100% delle ore totali previste. Eventuali assenze determinano la perdita dei crediti formativi ECM. Secondo le indicazioni contenute nella "Scheda di attribuzione Crediti Formativi" contenuta nella D.G.R. n° VII/18576 del 05/08/2004. I crediti ECM sono erogati solo per le Professioni e le Specialità Mediche riportate espressamente sulla Scheda del Corso. Per le altre professioni è possibile la partecipazione, ma non l'attribuzione di crediti ECM.

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Compilare in modo leggibile in ogni sua parte (per ricevere i crediti ECM), solo in caso di pagamento con Bonifico Bancario tradizionale.

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____ **Il** _____
Residente a _____**(prov. ___)Cap** _____
Via _____ **N°** _____
Tel _____ **Fax** _____
Cell_____
E-mail * _____
Codice Fiscale _____
P.Iva _____
Professione ECM: SI ☐ **NO** ☐
Specificare professione ECM _____
Ente di appartenenza/luogo di lavoro _____

***per ricevere i Crediti ECM direttamente sulla tua posta elettronica**

Campi da compilare per l'intestazione della fattura
(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)
Regione sociale/persona fisica _____
_____
Sede legale/Indirizzo _____
_____
P.IVA _____
C.F_____

DICHIARAZIONE PRIVACY
Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196

Consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro che i dati sotto forniti corrispondono a verità.
Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a in merito al " Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.Lgs. 30.06.2003, n.196) art.13 relativamente alle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali. Pertanto, premesso che il titolare dei dati è la Società Gruppo Fipes s.r.l. corrente in Forlimpopoli, Via dell'Artigiano 7, acconsento ad ogni effetto di legge e di regolamento, ed in particolare ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 in vigore dal 01.01.2004, di trattare i dati sopra raccolti secondo i diritti a norma dell'art.7 del Codice Civile.

DATA _____**FIRMA X**_____

Firmando si dichiara di accettare tutte le "Condizioni generali" a lato indicate.
(Firma obbligatoria per l'accettazione dell'iscrizione)

DATA _____**FIRMA X** _____

Come sei venuto a conoscenza di questo evento formativo?

☐ E-MAIL PUBBLICITARIA ☐ RICEZIONE SMS ☐ RICEZIONE FAX ☐ UN AMICO
☐ ALTRO SPECIFICARE_____

Per informazioni ed iscrizioni: **Gruppo Fipes Via Dell'Artigiano n. 7 Forlimpopoli (FC)**

Tel. 0543 742565 - 74 7201 **Fax.** 0543 747013 **Website:** www.gruppofipes.it **Mail:** formazione@gruppofipes.it