E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua — agenas

# IL CENTRO DI FORMAZIONE GRUPPO FIPES ORGANIZZA IL CORSO:

## *"BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION RETRAINING*

## *IN DATA 25 SETTEMBRE 2014*

| Destinatari | N. ECM | N. ore | Quota di partecipazione | Posti disponibili | Sede di svolgimento corso | Orari di lezione | Temine ultimo di iscrizione |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tutte le professioni | 6 | 5 | € 60,00<br>Iva esente art.10 | 23 | Gruppo Fipes<br>Via dell'Artigiano7<br>Forlimpopoli (FC) | 14.00 - 19.00 | 30/08/2014 |

### OBIETTIVI DEL CORSO

L'evento, rivolto a coloro che hanno già seguito almeno nell'ultimo anno il corso di 8 ore sul BLSD, ha lo scopo di uniformare i comportamenti di intervento su di un paziente che presenti un arresto cardiocircolatorio, una Fv od una Tv senza polso in presenza di un DAE. L'obiettivo è quello di fornire a tutto il personale sanitario uno schema di comportamento pratico ed efficace da attuare immediatamente in attesa dell'equipe ALS, migliorando potenzialmente la prognosi del paziente. Si intende:

- ✓ Aggiornare le conoscenze, su schemi di comportamento e abilità manuali, in tema di Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP) di base.
- ✓ Aggiornare le abilità manuali,gli schemi di intervento e l'uso del monitor semiautomatico.
- ✓ Aggiornare le capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

### CONTENUTI GENERALI

-Tecniche BLSD:

- apertura delle vie aeree
- ventilazione pallone maschera
- compressioni toraciche
- attivazione individuale del DAE, posizionamento piastre, analisi,DC shock
- posizione laterale di sicurezza, Heimlich sequenze BLSD a 2 soccorritori con DAE
- sequenza con ritmo iniziale non ☐efibrilla bile
- sequenza con chiamata del DAE da altra sede
- sequenza BLS senza disponibilità di DAE
- sequenza BLSD con DAE immediatamente disponibile (seconda sessione)

-Verifica ricertificativa

### VINCOLI DI PARTECIPAZIONE:

La data di certificazione (corso base BLSD 8 ore) non dovrà superare i 2 anni dalla data di certificazione;
Inviare al centro di formazione copia dell'attestato esecutore, congiuntamente alla scheda di iscrizione.

### RELATORI

Istruttori esperti in rianimazione cardiopolmonare e Defibrillazione Precoce

**Per informazioni ed iscrizioni:** **Gruppo Fipes - via Dell'Artigiano, 7 - Forlimpopoli (FC)**

**tel.** 0543 742565 - 74 7201 **fax** 0543 747013 **website:** www.gruppofipes.it **email:** formazione@gruppofipes.it

# IL CENTRO DI FORMAZIONE GRUPPO FIPES ORGANIZZA IL CORSO:

## *"BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION RETRAINING*

## *IN DATA 25 SETTEMBRE 2014*

**CONDIZIONI GENERALI**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE E PAGAMENTO**
**Il pagamento è anticipato.**
**La quota d'iscrizione non comprende l'eventuale pranzo.**
**N.B: Se il pagamento non è diretto dal singolo partecipante ma avviene attraverso la struttura di appartenenza è necessario formalizzare l'iscrizione almeno 40 giorni prima dalla data corso.**
**a) Pagamento** tramite ***bonifico bancario*** tradizionale [intestato a Gruppo Fipes srl,
via dell'Artigiano, 7 – Forlimpopoli (FC) –
P. IVA 03369980408
*Coordinate Bancarie:* Banca di Forlì
Cod. IBAN IT71T0855613207000000263526;
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 o all'*indirizzo e-mail* formazione@gruppofipes.it
oppure
**b) Pagamento** dal sito www.gruppofipes.it con ***Carta di Credito*** o ***Bonifico*** (questa seconda opzione consente di prenotare il corso e ricevere via e-mail le coordinate bancarie per effettuare il bonifico) selezionando il pulsante "**Acquista ora**" e seguendo le istruzioni indicate nelle videate dell'ordine d'acquisto. Con tale modalità di iscrizione/pagamento NON è necessario inviare la scheda di iscrizione cartacea (nel caso di Bonifico si dovrà inviare unicamente la copia della distinta di pagamento, via fax o e-mail).

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

**ANNULLAMENTO/RECESSO DELL'ISCRIZIONE**
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;
- possibilità di 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;
- possibilità di 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. I crediti ECM sono erogati solo per le Professioni e le Specialità riportate espressamente sulla Scheda del Corso. Per le altre professioni è possibile la partecipazione, ma non l'attribuzione di crediti ECM.
E' inoltre necessario da parte del partecipante, il superamento del test finale di apprendimento pari alla performance minima del 75%.

## 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.***

**Richiedo certificazione:** ☐ **IRC** ☐ **ILCOR** (barrare la certificazione richiesta)

**Cognome** _____
**Nome** _____
**Nato a** _____ **Il** _____
**Residente a** _____**(prov. ___) CAP** _____
**Via** _____ **n°** _____
**Cell** _____
**Tel** _____ **Fax** _____
**E-mail** * _____
* per ricevere velocemente i Crediti ECM direttamente sulla tua posta elettronica

**Codice Fiscale** _____**P.Iva** _____
**Professione ECM: SI** ☐ **NO** ☐
**Specificare professione ECM** _____
**Specializzazione in** _____
**Professione NON ECM (specificare ruolo in azienda):** _____
**Ente di appartenenza/luogo di lavoro** _____

**Inquadramento professionale:**
☐ **Libero Professionista** ☐ **Dipendente** ☐ **Convenzionato**
**[per professionisti "Convenzionati" si intende coloro che sono convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale (esempio: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta); se si ricoprono più ruoli, inserire la posizione per la quale si partecipa al corso ECM]**

***Campi da compilare per l'intestazione della fattura*** * *(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)*
***N.B: Se il pagamento non è diretto dal singolo partecipante ma avviene attraverso la struttura di appartenenza è necessario stipulare il contratto almeno 40 giorni prima dalla data.**

**Ragione 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, 7 - Forlimpopoli (FC)**
**tel.** 0543 742565 - 74 7201 **fax** 0543 747013 **website:** www.gruppofipes.it **email:** formazione@gruppofipes.it