

**1Class**

**Struttura Formazione**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE**

\* Cognome  **\_\_**

\* Nome

\* Luogo e data di nascita

\* Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Unità Operativa

\* Ente di appartenenza  **\_**

**\* Dipendente □ \* Convenzionato □**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza  \* N.

\* CAP \* Località \* Provincia

\* Telefono \* Cellulare

\* Posta elettronica

Progetto formativo obbligatorio al quale chiede di essere ammesso/ **PROTOCOLLI DIAGNOSTICO ASSISTENZIALI NELLA GESTIONE DEL TRAUMA TORACICO**

**Data: 02-12-2022**

**ORARIO DALLE ORE: 9,00 ALLE 13,00**

**La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.**

Il Partecipante Il Direttore di Struttura

Infermiere Coordinatore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma leggibile e timbro)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER REGISTRAZIONE EVENTI/CORSI**

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all’evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E’ possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l’e-mail: [lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it).

Il Titolare del trattamento dei dati è l’Azienda Ospedaliero- Universitaria “Ospedali Riuniti” con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti:

Telefono: 0881-732441 – e-mail: direzione[generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it).

Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web all’indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it>, nell’apposita sezione “Privacy”.

Io sottoscritto/a alla luce dell’informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell’informativa che precede.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

1Class

**STRUTTURA DI FORMAZIONE**

**PROVIDER REGIONALE N. 52**

**PROTOCOLLI DIAGNOSTICO ASSISTENZIALI**

**NELLA GESTIONE DEL TRAUMA TORACICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **TITOLO** | **RELATORI** |
| 08.00 – 08.30 | FISIOPATOLOGIA DEL TRAUMA TORACICO | DOTT.SSA Nicoletta Pia Ardò |
| 08.30 – 09.00 | IL TRAUMA TORACICO NEL DEU | Dott.ssa Rosalba Fiorile |
| 09.00 – 09.15 | LESIONI TRAUMATICHE DELLA TRACHEA E DEI GROSSI BRONCHI | DOTT. Domenico Loizzi |
| 09.15 – 09.30 | CASI CLINICI | Dr.Ssa Maria Teresa Bevilacqua |
| 09.30 – 10.00 | VOLET COSTALE: FISIOPATOLOGIA E TRATTAMENTO | Dott. Roberto De Bellis |
| 10.00 – 10.30 | TRAUMI DELL’ESOFAGO | Prof. Giuseppe Marulli |
| 10.30 – 11.00 | LE LACERAZIONI DEL DIAFRAMMA | Dott. FAusto Tricarico |
| 11.00 – 11.15 | TRAUMI DEL CUORE E GROSSI VASI | Prof. Domenico Paparella |
| 11.15 – 11.30 | TRAUMI DEL CUORE E GROSSI VASI | Dott.ssa Angela Ferrante |
| 11.30 – 11.45 | PROTOCOLLI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELL’EMERGENZA TORACICA | Inf. Matteo Falcone |
| 11.45 – 12.00 | GESTIONE INFERMIERISTICA DEL TRAUMA NEL POST-EMERGENZA | Inf. Marcello Calia |
| 12.00 – 12.30 | IMAGING DEL TRAUMA TORACICO | Dott. Matteo Gravina |
| 12.30 – 13.00 | ASSISTENZA E TEMPISTICA RIANIMATORIA AL TRAUMATIZZATO TORACICO (cenni ards) | Dott. Livio Tullo |
| 13.00 - 13.30 | ANALGESIA NEL TRAUMATIZZATO | Dr. Daniele Ugliola |
| 13.30 - 13.45 | RIABILITAZIONE PRECOCE RESPIRATORIA E MOTORIA DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO: POSSIBILITÀ? | Prof. Donato Lacedonia |
| 13.45 - 14.00 | RIABILITAZIONE PRECOCE RESPIRATORIA E MOTORIA DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO: POSSIBILITÀ? | Dr.ssa Loredana Amoruso |
| 14.00 - 14.15 | TAKE HOME MESSAGES | Prof. Francesco Sollitto |
| 14.15 – 14.30 | CONSEGNA QUESTIONARIO ECM | Dott. Roberto De Bellis |