

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**CORSO TEORICO-PRATICO DI AGGIORNAMENTO PER**

**INFERMIERI DEI REPARTI DI ASSISTENZA NEONATALE**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA NEONATOLOGIA**

**ED. 1 05/03/2020 E 06/03/2020**

**ED. 2 12/03/2020 E 13/03/2020**

**ED. 3 26/03/2020 E 27/03/2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
|  | **I GIORNATA** |  |
|  | **Moderatore: A. M. Di Gianni,**  |  |
| **14.30 – 15.00** | **L’ assistenza infermieristica neonatale** | **G. Maffei** |
| **15.00 – 15.30** | **Etica professionale e comunicazione** | **G. Villani,** **C. Bocchicchio** |
| **15.30 – 16.00** | **Accoglienza del pretermine in TIN: compiti del Neonatologo** | **M. Rinaldi** |
| **16.00 – 16.30** | **Accoglienza del pretermine in TIN: compiti dell’infermiere** | 1. **Ciuffreda**
 |
| **16.30 – 17.00** | **Discussione** | **TUTTI I RELATORI** |
| **17.00 – 17.30** | **La ventilazione convenzionale, HFOV e possibili complicanze** | **G. Maffei, A. Cella** |
| **17.30 – 18.00** | **Assistenza infermieristica e presentazione dei vari respiratori, dimostrazione pratica delle procedure**  | **M. Quitadamo** |
| **18.00 – 19.30** | **Presentazione dei vari tipi di respiratori e manualità, dimostrazione pratica delle procedure**  | **G. Maffei,** **M. Quitadamo** |
|  | **II GIORNATA** |  |
|  | **Moderatore: G. Maffei** |  |
| **08.30 – 09.30** | **Gestione dell’evento infettivo epidemico** | **L. Taurino** |
| **09.30 – 10.00** | **Il Neonato con Encefalopatia ipossico ischemico** | **A.M. Di Gianni,** **R. Piemontese** |
| **10.00 – 10.30** | **Aspetti infermieristici** | **M. C. Belvito** |
| **10.30– 10.45** | **DISCUSSIONE** | **TUTTI I RELATORI** |
| **10.45 – 11.15** | **Gestione del neonato chirurgico** | **M. Nobili** |
| **11.15 – 11.45** | **Assistenza al neonato con stomie** | **C. Bocchicchio** |
| **11.45 – 12.15** | **La nutrizione enterale – parenterale del neonato** | **M. Mancini,** **M. C. Belvito** |
| **12.15 – 12.45** | **Presentazione delle attrezzature e materiale occorrente per la NPT, il nursing rettale.** | **M. Nobili,** **C. Bocchicchio** |
| **12.45 – 13.00** | **DISCUSSIONE** | **TUTTI I RELATORI** |
| **13.00 – 13.30** | **Chiusura del corso e consegna questionario ECM** | **G. Maffei** |

**Responsabili Scientifici: Dott. Gianfranco Maffei - Dott. Matteo Rinaldi - Dott. Adolfo Vincenzo Pio Cella**

***Progetto formativo aziendale accreditato per Infermiere – Infermiere Pediatrico (corso riservato al personale della Neonatologia: 15 partecipanti; 13crediti formativi ECM).***

***Per informazioni e iscrizioni:***

***Dott.ssa Costanza Bocchicchio, tel. 0881-736165, mail: cobocchicchio@ospedaliriunitifoggia.it***

 

**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 al quale chiede di essere ammesso/a: CORSO TEORICO-PRATICO DI AGGIORNAMENTO PER INFERMIERI DEI REPARTI DI ASSISTENZA NEONATALE**

**Date: 05/03/2020 E 06/03/2020 Ed. 1**

 **12/03/2020 E 13/03/2020 Ed. 2**

 **26/03/2020 E 27/03/2020 Ed. 3**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA NEONATOLOGIA**

**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.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Il Partecipante Il Coordinatore Il Direttore di Struttura**

 **(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.

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: direzionegenerale.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

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