

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**URGENZE ED EMERGENZE IN OTORINOLARINGOIATRIA**

**21 FEBBRAIO 2017**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA ANATOMIA PATOLOGICA**

**8:30 Registrazione dei partecipanti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **TITOLO** | **RELATORI** |
| **09.00 – 09.15** | **PRESENTAZIONE DEL CORSO** | **P. CASSANO** |
|  | **URGENZE ED EMERGENZE RINOLOGICHE** |  |
| **09.15 – 09.40** | **LE EPISTASSI E I GRANDI SANGUINAMENTI NASALI** | **M. CASSANO** |
| **09.40 – 10.00** | **LE COMPLICANZE DELLE RINOSINUSITI E I CORPI ESTRANEI ENDONASALI** | **S. D’EMILIO** |
|  | **URGENZE ED EMERGENZE OTOLOGICHE** |  |
| **10.00 – 10.20** | **LE OTOMASTOIDITI ACUTE E LE COMPLICANZE DELLE OTITI MEDIE** | **M. VOCALE** |
| **10.20 – 10.50** | **LE SINDROMI VERTIGINOSE ACUTE** | **M.RAFFAELI D.MELCHIONDA** |
| **10.50 – 11.10** | **PAUSA** |  |
|  | **URGENZE ED EMERGENZE LARINGOLOGICHE E DEL COLLO** |  |
| **11.10 – 11.30** | **DISPNEA LARINGEA E TRACHEOTOMIE** | **L. MAGALDI** |
| **11.30 – 11.45** | **ASCESSI OROFARINGEI** | **G.GRILLI** |
| **11.45 – 12.00** | **ASCESSI DEL COLLO** | **L.CASSANO** |
| **12.00 – 12.15** | **CORPI ESTRANEI ENDOLARINGEI** | **P. CASSANO** |
| **12.15 – 12.30** | **CORPI ESTRANEI ENDOBRONCHIALI** | **F. SOLLITTO** |
| **12:30 – 13.00** | **I TRAUMI DEL COLLO E DEL MASSICCIO FACCIALE** | **R. COCCHI** |
| **13.00 – 14.00** | **TAVOLA ROTONDA: GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLE URGENZE ED EMERGENZE IN OTORINOLARINGOIATRIA**  **MODERATORI: V. PROCACCI, M. CASSANO** | **P. CASSANO**  **L. MAGALDI**  **D. MELCHIONDA**  **C. POMARA**  **M. RAFFAELI**  **F. SOLLITTO**  **R. FIORILE** |
| **14.00 – 14.30** | **COMPILAZIONE QUESTIONARIO ECM E CHIUSURA DEI LAVORI** | **M. CASSANO** |

***Responsabile Scientifico: Dott. Michele Cassano***

***Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Teresa Pellicciari***

***Evento accreditato per Medico Chirurgo, Infermiere, Tecnico Audiometrista (60 partecipanti; 5 crediti ECM)***

***Per informazioni e iscrizioni: Struttura Formazione OO.RR. Foggia Dott.ssa Michelina Crisetti***

***mail*** [***mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it***](mailto:mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it)***; tel. 0881736259***

**Struttura Formazione**

1Class



**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO RESIDENZIALE**

\* Cognome

\* Nome

\* Luogo e data di nascita

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

\* Unità Operativa

\* Ente di appartenenza

**\* Dipendente □ \* Libero professionista □ \* Convenzionato □ \* Privo di occupazione □**

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

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza  \* N.

\* CAP \* Località \* Provincia

\* Telefono \* Cellulare

\* Posta elettronica

\*Evento Formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **URGENZE ED EMERGENZE IN OTORINOLARINGOIATRIA**

**Date: 21 FEBBRAIO 2017**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA - AULA ANATOMIA PATOLOGICA**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*FIRMA*

|  |
| --- |
| **È NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO**  **\* DATI OBBLIGATORI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM (IN MANCANZA DEI QUALI GLI STESSI NON POTRANNO ESSERE RILASCIATI)** |

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

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

*FIRMA*