

Responsabile Scientifico

**Francesco Visciotti**, Pronto Soccorso P.O. Teramo  
Tel. 393/5628325 francesco.visciotti@aslteramo.it

Responsabile Segreteria Organizzativa  
ATRI:

**Rosanna Modesti**, Rianimazione P.O. Atri  
Tel 393/1862191 rosanna.modesti@aslteramo.it

MOSCIANO SANT'ANGELO:

**Daniela Pancottini**, Pronto Soccorso P.O. Sant'Omero  
Tel. 349/3138857 daniela.pancottini@aslteramo.it

#### INFO:

**Ufficio Formazione Aggiornamento e Qualità**

Circ.ne Ragusa, 1 - 64100 Teramo

Tel. 0861420245/420318

Fax. 0861420229

formazionequalita@aslteramo.it

**Collegio IP.A.S.VI. Teramo**

Via Vinciguerra,38 - 64100 Teramo

Tel./Fax. 0861 241838

info@ipasviteramo.it

Il corso è rivolto a:

Infermiere

Infermiere Pediatrico

Assistente Sanitario

*in regola con l'iscrizione al Collegio IPASVI di Teramo*

Posti disponibili: **100**

Crediti ECM: **8**



# TRAUMA E POLITRAUMA

## Quando la conoscenza fa da subito la differenza

*La gestione della prima fase del soccorso*

I EDIZIONE

### ATRI

Venerdì 7 aprile 2017

Auditorium S. Agostino *Corso Elio Adriano*

II EDIZIONE

### MOSCIANO SANT'ANGELO

Sabato 22 Aprile 2017

Blu Business Palace *Viale Europa, 23*

8:15-8:45

**Videoclip di motivazione al tema**

8:45-10:45

**Introduzione al Trauma e Politrauma**

10:45-11:00

Pausa Caffè

11:00-12:00

**Esercitazioni pratiche di simulazione scenari  
e di immobilizzazioni a mani libere**

12:00-12:30

**Articolazione del lavoro  
e attribuzione degli obiettivi per la sessione  
di autoapprendimento**

12:30-13:30

Pausa Pranzo

13:30-15:00

**La Valutazione Primaria**

15:00-16:00

**Valutazione Secondaria**

16:00-17:00

**Esercitazioni pratiche in aula, a gruppi  
(immobilizzazioni manuali, estricazioni rapide,  
prono supinazione)**

17:00-17:30

Test di Valutazione finale

17:30

Chiusura Lavori

Docente

**Sergio D'Ascenzo**

Centrale Operativa 118 P.O. Teramo

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### Trauma e Politrauma

Posti disponibili n. 100

Inviare per fax o mail **entro e non oltre il 23 marzo 2017**  
al numero **0861 241838** - **info@ipasviteramo.it;**  
**teramo@ipasvi.legalmail.it**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Presidio: \_\_\_\_\_

Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

Edizione prescelta:  I 7 aprile  II 22 aprile

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Si autorizza

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsabile dell'U.O (Dirigenza medica)  
Firma dell'Infermiere Coordinatore (Comparto)

ATTENZIONE! La mancata compilazione della scheda di iscrizione in ogni sua parte comporterà l'esclusione dai crediti formativi ECM.

### Crediti ECM assegnati: 8

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/03.** La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. 196/03 i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo formeranno oggetto di trattamento esclusivamente per la richiesta di iscrizione all'evento. I dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa di cui sopra con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio ed il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di instaurare rapporti con la scrivente. I suoi dati personali potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento ed, in genere, a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione si renda necessaria in relazione alle finalità di cui sopra. La scrivente si riserva di effettuare, durante lo svolgimento del Congresso, riprese foto-cinematografiche, e si impegna a che l'utilizzo di tali riprese sia finalizzato esclusivamente al contenuto dell'evento in oggetto e con intenti prettamente didattici. Tali riprese potranno essere sottoposte alla visione di soli docenti e partecipanti iscritti allo stesso evento. Per i partecipanti che desiderassero vedere uno o più riprese dell'evento le immagini potranno essere visionate previo accordo con la segreteria organizzativa.

**ACQUISIZIONE CONSENSO DELL'INTERESSATO.** Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, come interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini e le modalità di utilizzo indicati nell'informativa di cui sopra.

- presta il suo consenso all'utilizzo in forme audiovisive e fotografiche della propria immagine, per usi consentiti dalla Legge e senza offesa del buon costume e della morale individuale, esclusivamente per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa.

Do il consenso  Nego il consenso Firma \_\_\_\_\_