

Scheda preliminare di adesione

- modello B -

PROGRAMMA

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Cod. Fisc. _____

Partita IVA _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail _____

Corso cui si intende aderire _____

Centro di provenienza _____

Qualifica _____

Altri corsi di proprio interesse _____

Consenso per il trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196, esprime il proprio consenso per il trattamento da parte dell' Associazione Progetto Ippocrate dei dati che lo riguardano per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

Data _____ Firma _____

Sabato 02/10/2010

08:30 – Introduzione ai concetti di evento avverso e le maggiori cause nella sanità.

09:30 – I filtri nella propagazione dell'errore

10:30 - Coffee break

10:45 – Esercitazione

11:45 – Introduzione ai concetti di fishbone diagram; 5W

12:45 – Pausa pranzo

13:45 – Introduzione ai concetti di azioni correttive e preventive e la ruota di Deming PDCA

15:45 – Coffee break

16:00 – introduzione ai concetti di flusso processo diagnostico

18:00 – Esercitazione

19:00 - Indicatori di processo

20:00 - Chiusura dei Lavori

Riconoscimento 14 crediti ECM

per tutte le professioni.

Quota di partecipazione: € 220,00 (IVA INCLUSA)

Domenica 03/10/2010

08:30 – Introduzione al sistema di speranza matematica; le tabelle relative

09:30 – Esercitazione

10:30 – Coffee break

10:45 – Introduzione al sistema di analisi rischio

12:45 – Pausa pranzo

13:45 – Esercitazione sulla preparazione dell'analisi rischio

16:45 – Coffee break

17:00 – Presentazione dei risultati e conclusioni

18:00 - Introduzione ai piani di controllo e le azioni correttive

19:00 - Test di verifica

20:00 - Chiusura dei Lavori

N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso

I Partecipanti al Corso dovranno munirsi di Copia di un documento di riconoscimento e Copia del Titolo di Studio Professionale da consegnare al momento della iscrizione.

CONTATTO SEGRETERIA:

ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE

Tel.: 081-3600430/431

Fax: 081-3600432

E-Mail: info@progettoippocrate.net



T I P O L O G I A

corso di addestramento

O B I E T T I V I

apprendimento di conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di: eventi avversi che potenzialmente o storicamente sono caratteristici del centro; e in conseguenza l'analisi rischio collegata

acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di: stesura di un piano di clinical risk analysis caratteristico del centro di provenienza e base per ulteriori azioni

fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di: gruppo e la comunicazione, visto che l'attività di stesura del piano si basa sulle competenze interdisciplinari del gruppo

M O D A L I T À
D ' I N S E G N A M E N T O

*serie di relazioni su tema preordinato
role – playing*

D O C E N T E
R E L A T O R E

dott. Miguel Iovino

V E R I F I C A D E L L '
A P P R E N D I M E N T O

valutazione delle conoscenze teorico-pratiche apprese tramite questionario

D U R A T A C O R S O

20 (venti) ore



Il corso è rivolto a tutte le professioni. Si intende a numero chiuso ed è riservato ai primi 40 iscritti.

L'iscrizione dà diritto alle attività didattiche, alle esercitazioni pratiche, ed all'attestato di frequenza con il

RICONOSCIMENTO DI CREDITI E.C.M. La frequenza è obbligatoria per tutta la durata del corso.

In associazione con :



ASSOCIAZIONE ITALIANA PROVIDER ECM

SEGRETERIA PROGETTO IPPOCRATE
Ai partecipanti al corso sarà consegnato kit congressuale e attestato di partecipazione

Quota di partecipazione: € 220,00 (IVA INCLUSA)

La scheda di adesione dovrà pervenire, completa in ogni sua parte, via fax, e-mail o posta a:

ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE
VIALE ANTONIO GRAMSCI n°5 - 80122 -
NAPOLI, tel. 081. 3600430/431
fax 081.3600432

www.progettoippocrate.net info@progettoippocrate.net

La prenotazione per i primi 40 iscritti, avviene esclusivamente con il pagamento della quota d'iscrizione **a mezzo bonifico bancario**, che dovrà essere effettuato soltanto su espresso invito della Segreteria.

Coordinate bancarie: **c/c 12840/37, intestato a ASSOCIAZIONE PROGETTO IPPOCRATE Unicredit – Banca di Roma, agenzia 3 di Napoli, Iban: IT17A 03002 03425 000400447306.**

Copia del bonifico andrà inviata al numero di fax sopraindicato

Corso di addestramento

**CLINIC RISK
MANAGEMENT**

**Riconoscimento 14 crediti ECM
per tutte le professioni**

DATE DI SVOLGIMENTO

02. 03. OTTOBRE 2010

RELATORE:

DR. MIGUEL IOVINO

N.B. La frequenza è obbligatoria per l'intera durata del corso

SEDE DI SVOLGIMENTO

THERAPIC CENTER SRL

P. Z Z A E T T O R E V I T A L E 6 6
8 0 1 2 6 - N A P O L I
T E L . 0 8 1 . 7 2 8 1 8 0 6