

LA GESTIONE DEL DOLORE IN CURE PALLIATIVE (Tailored pain therapy)

Evento Formativo Aziendale n. 20880



AULA DIDATTICA HOSPICE DI BUSCA
Ed. 1 26/05/2015 - 28/05/2015
Ed. 2 08/06/2015 - 10/06/2015

PROGRAMMA

I giornata:

- | | |
|---------------|---|
| 14,00 -14,30 | Il dolore nella storia dell'Uomo
Dr. Pietro La Ciura |
| 14,30 – 15,30 | Le vie del dolore e i tipi di dolore
Dr. Pietro La Ciura |
| 15,30 – 16,00 | La valutazione del Dolore
(dal soggettivo all'oggettivo)
Sig.ra Luisa Bianco |
| 16,00 – 18,00 | I farmaci (cosa, come, quando e perché)
Dr. Dario Giaime |

II giornata:

- | | |
|---------------|---|
| 14,00 – 15,00 | La gestione: dalle vie ai presidi in
Cure Palliative
Sig.ra Luisa Bianco |
| 15,00 – 17,30 | Casi Clinici (tailored pain therapy
in palliative care)
Dr. Bruno Durbano
Dr. Andrea Delfino |
| 17,30 – 18,00 | Valutazione
Dr. Pietro La Ciura |

OBIETTIVI FORMATIVI

Il corso ha lo scopo di fare acquisire conoscenze sulla gestione del dolore in cure palliative, le modalità dei presidi medici e farmacologici, e di valutare i bisogni di tale tipologia di pazienti e familiari (legge 38 e Accreditamento)

RELATORI E MODERATORI

Dr. Pietro La Ciura Busca
Dr. Bruno Durbanò Busca
Dr. Dario Giaime Savigliano
Dr. Andrea Delfino Busca
Dr. Andrea Manazza Busca
Sig.ra Luisa Bianco Busca
Sig. Samuele Abello Busca

INFORMAZIONI

Destinatari: Medici, Medici Medicina Generale, Infermieri, Fisioterapisti, Farmacisti, OSS

Denominazione provider: ASL CN1

Crediti ECM: in fase di accreditamento

Numero massimo di partecipanti: 25

Durata complessiva: 8 ore

Condizioni per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato crediti ECM:

- frequenza: 100% delle ore del Corso,
- valutazione di apprendimento nella misura del 90%
- compilazione di questionario di gradibilità

Procedura di valutazione: questionario

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr. Pietro La Ciura

Responsabile della S. C. Cure Palliative ASL CN1

Dr. Andrea Delfino

Dirigente Medico S.C. Cure Palliative ASL CN1

DIRETTORE DEL CORSO

Dr. ssa Grazia Maria ALBERICO

Direttore S.C. OSRU

S.S.D. Formazione ASL CN1

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

S. C. Cure Palliative ASL CN1

Segretaria Sig.ra Silvia Dutto

Tel 0171/948735

e-mail: formazione.curepalliative@aslcn1.it

MODALITA' DI ISCRIZIONE

l'iscrizione è obbligatoria: la scheda di iscrizione debitamente compilata dovrà essere inviata via fax alla segreteria organizzativa al numero: 0171/948728 o via e-mail formazione.curepalliative@aslcn1.it



LA GESTIONE DEL DOLORE IN CURE PALLIATIVE (TAILORED PAIN THERAPY)

Aula Didattica Hospice di Busca - Piazza F.lli Mariano

Ed.1 26/05/2015 - 28/05/2015

Ed.2 08/06/2015 - 10/06/2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE:

da inviare via mail a formazione.curepalliative@aslcn1.it entro il 23/05/2015

(da restituire compilato solo per i non dipendenti ASL CN1)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ IL _____
CODICE FISCALE _____ P. IVA _____
INDIRIZZO _____
LOCALITA' _____ CAP _____ PROV _____
TELEFONO _____ E- MAIL _____
AZIENDA DI APPARTENENZA _____
SERVIZIO _____
PROFILO PROFESSIONALE _____
SPECIALITA' _____

Chiede di partecipare al corso di aggiornamento:

- Edizione 1 che si svolgerà a _____ nei giorni
 Edizione 2 che si svolgerà a _____ nei giorni

Si impegna

- a compilare in modo completo e chiaro la presente scheda: dati inesatti o incompleti pregiudicano l'assegnazione dei Crediti ECM
- a versare la quota di iscrizione a ricevimento della fattura secondo le modalità indicate nella stessa
- a rispettare l'orario del corso
- a garantire la presenza al corso nella misura del 100% delle ore previste
- ad effettuare la valutazione dell'apprendimento

Verrà rilasciato l'attestato crediti ECM previo superamento della valutazione finale nella misura dei 4/5 delle risposte esatte

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

L'interessato, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 Dlgs 30/06/03 n 196 successive modificazioni ed integrazioni, conferisce il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali dell'ASL CN1, - nell'ambito dell'educazione formazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 7 del citato decreto legislativo.

Data _____

Firma del richiedente _____