



Ospedale
"Sacro Cuore - Don Calabria"



IL BAMBINO E IL DOLORE DURANTE PRESTAZIONI INVASIVE

ECM

Provider: Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria".
Sono stati assegnati n. 3 crediti formativi ECM riservati a infermieri e infermieri pediatrici.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

L'iscrizione deve essere effettuata inviando per fax o e-mail l'acclusa scheda.

La quota di iscrizione è di € 20,00.

Il pagamento potrà essere effettuato in sede di convegno o tramite bonifico bancario a favore dell'Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" presso:

Banca Popolare di Verona e Novara - Ag. Negrar
IBAN: IT54K 05188 59600 000000006668
VRBPIT2V062

All'atto dell'iscrizione si prega di verificare la disponibilità dei posti.

1^A EDIZIONE:

sabato 30 maggio 2009 (mattina)

2^A EDIZIONE:

sabato 30 maggio 2009 (pomeriggio)

SALA CONVEGNI "FR. F. PEREZ"
Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
Negrar (VR)

PROGRAMMA

1ª edizione: 30 maggio (mattina) 8.30-13.15

2ª edizione: 30 maggio (pomeriggio) 14.30-19.15

8.30 Presentazione del corso
DR. ALBANESE

1ª sessione: il dolore

8.45 I meccanismi neurofisici del dolore
DR. DAROUI

9.15 Il bambino e il dolore
DR.SSA BRUSA

9.45 Le culture del dolore
DR. FAVERO

10.45 Dibattito

2ª sessione: il contesto

11.30 Gli attori: i bimbi, i genitori,
gli infermieri e i medici
DR. FAVERO

3ª sessione: le proposte

12.30 Dalle riflessioni alle proposte
DR. ALBANESE, DR. FAVERO, DR. DAROUI, DR.SSA VANZETTA

13.00 Questionario di valutazione

SEGRETERIA SCIENTIFICA

SERGIO ALBANESE - MARINA VANZETTA

Unità Operativa di ORL

Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

UFFICIO FORMAZIONE

Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"

Via Don A. Semprebondi, 5 - 37024 Negrar Verona

Tel. 045.6013208 - Fax 045.7500480

ufficio.formazione@sacrocuore.it

www.sacrocuorendoncalabria.it

Scheda di iscrizione

(da inviare alla Segreteria Organizzativa per e-mail o fax)

IL BAMBINO E IL DOLORE DURANTE PRESTAZIONI INVASIVE

SABATO 30 MAGGIO 2009

Dati personali

Cognome _____

Nome _____

Professione _____

Eventuale disciplina _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

E-mail _____

Dati amministrativi

La fattura deve essere intestata a:

Ragione sociale o cognome e nome _____

Eventuale ufficio e servizio _____

Sede legale: via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Prov. _____ P. Iva o codice fiscale _____

Ai sensi D.lgs 196/03 Le comunichiamo che i Suoi dati personali verranno trattati ai fini organizzativi e non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi.