

RELATORI

DE FEO Claudia

Dirigente Medico SC Diagnostica per Immagini, Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo

GNEMMI Maria Grazia

CTSRM SC Diagnostica per Immagini, Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo

TORRERO Maria

Dirigente Medico SC Anestesia e Blocco Operatorio, Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo

CREDITI ECM: 8

Si precisa che **non** verrà rilasciata copia cartacea dell'attestato Ecm in quanto i crediti formativi, acquisiti a seguito del superamento della verifica finale, verranno registrati dal Provider sul **Dossier Formativo** individuale della piattaforma regionale, consultabile dall'interessato accedendo al sito www.ecmpiemonte.it, utilizzando le proprie credenziali.

INFORMAZIONI GENERALI

L'evento è rivolto a Medici, Medici di Medicina generale, Infermieri e Tecnici Sanitari di Radiologia Medica.

I posti disponibili sono **20**.

ISCRIZIONE

Le iscrizioni dovranno pervenire alla segreteria organizzativa (entro il 27/11/2015) seguendo la procedura on line sul sito www.ecmpiemonte.it, oppure utilizzando la scheda allegata alla presente trasmettendola via mail a ecm@ospedalecottolengo.it o via fax al n. 011/52.94.489.

**Per dipendenti del P.S. Ospedale Cottolengo
LA PARTECIPAZIONE È GRATUITA**

La **quota di iscrizione**, per gli esterni alla Piccola Casa della Divina Provvidenza, è **pari a 15,00 €** (Iva compresa).

Pagamento: da effettuarsi a mezzo bonifico bancario sul

IBAN IT 47 Z 02008 01140 000003345915

Unicredit P.B. - Filiale di Torino Via Arsenale 21

Intestato a: Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo". Causale del versamento: "Mezzo di contrasto in TC Multidetector" (specificare anche il nome del *partecipante*).

L'iscrizione si intende perfezionata con l'invio della copia dell'avvenuto bonifico, via fax o scannerizzato via e-mail, alla segreteria organizzativa. NON VERRANNO ACCETTATE SCHEDE DI ISCRIZIONE SENZA ALLEGATA LA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA



S.C. FORMAZIONE E RICERCA
Direttore: Dott. Sr Anna Maria Derossi
Tel. 011 5294.481 / 487 (segreteria)
Fax. 011 5294.489

Evento Formativo

MEZZO DI CONTRASTO IN TC MULTIDETECTOR PROTOCOLLI DI INIEZIONE, INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI



03 Dicembre 2015

08.00 – 14.00

Centro di Formazione

Segreteria Organizzativa

Via Cottolengo n° 13 ♦ Torino ♦ ☎ 011/5294.481

✉ ecm@ospedalecottolengo.it

OBIETTIVO

Incrementare le competenze riguardo l'indicazione all'utilizzo dei MDC attraverso attenta valutazione di costo-rischio-beneficio in TCMD.

METODI DI INSEGNAMENTO PREVISTI

Didattica frontale interattiva , discussione di casi clinici in piccoli gruppi e in plenaria.

PROGRAMMA

03 Dicembre 2015 * ⌚ 08.00 – 14.00

- ⌚ 08.00 Presentazione del corso
(*Gnemmi*)
- ⌚ 08.15 MDC caratteristiche e farmacocinetica (*De Feo*)
- ⌚ 08.45 Ottimizzazione dell'uso del MDC in TCMD (*Gnemmi*)
- ⌚ 09.30 Principali reazioni avverse da MDC (*Torrero*)
- ⌚ 10.30 Indicazioni e controindicazioni cliniche all'utilizzo del MDC
(*De Feo*)
- ⌚ 11.00 Protocolli di iniezione MDC in TCMD (*Gnemmi*)
- ⌚ 11.45 Gestione delle reazioni avverse dal MDC (*Torrero*)
- ⌚ 12.30 Discussione di casi clinici in piccoli gruppi e in plenaria
(*De Feo, Gnemmi, Torrero*)
- ⌚ 13.30 Conclusione e valutazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI NON SI EFFETTUI L'ISCRIZIONE ONLINE SUL SITO ECM PIEMONTE)

MEZZI DI CONTRASTO IN TC MULTIDETECTOR

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE / PARTITA IVA

TELEFONO

CELLULARE

E-MAIL

RESIDENZA IN VIA/PIAZZA

CAP

CITTÀ

PROV.

PROFESSIONE

SEDE OPERATIVA (STRUTTURA / ENTE / REPARTO O CORSO SE STUDENTE)

LA FATTURA DOVRÀ ESSERE INTESTATA A (compilare se i dati sono diversi dall'anagrafica)

RAGIONE SOCIALE O COGNOME E NOME

ENTE / SERVIZIO

INDIRIZZO SEDE LEGALE

CAP

CITTÀ

PROV.

PARTITA IVA / CODICE FISCALE

PRIVACY - Acquisizione del consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni. Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, autorizza il trattamento dei propri dati identificativi e personali.

FIRMA PER ACCETTAZIONE

DATA

MODALITÀ DI ISCRIZIONE: La presente scheda di iscrizione, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, può essere inviata **tramite Fax** al n. 011 / 52.94.489 oppure scannerizzata via e-mail (ecm@ospedalecottolengo.it)