

SCHEDA DI ADESIONE

Dati Azienda a cui intestare la fattura

Ragione Sociale _____

Partita IVA _____

Via _____ Nr. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Provincia _____

Tel. _____

Fax _____

(Il sottoscritto autorizza VenetoSalute S.r.L. al trattamento dei suddetti dati esclusivamente a fini amministrativi ed alla trasmissione degli stessi alla commissione Regionale per la Formazione Continua ECM, nel rispetto del D.Leg. 196/2003 sulla tutela della privacy, e successive modificazioni e/o integrazioni).

Data _____

(firma del dichiarante)



PER INFORMAZIONI:

Ospedale S. Raffaele Arcangelo
Madonna dell'Orto, 3458 - 30100 Venezia
Tel: 041-783111

Referente locale per la formazione:
Giovanni Volpe

Come raggiungerci:

- Motoscafo linea 41, 42, 51, 52, fermata "Madonna dell'Orto" dal pontile si accede all'ospedale senza barriere architettoniche
- Vaporetto linea 1 fermata "San Marcuola"



OSPEDALE FATEBENEFRAELLI

PER INFORMAZIONI:

Venetosalute S.r.l.

Via Cavanis, 10 - 30174 Chirignago (Ve)
Tel: 041-5446497 - Fax: 041-5446196
Cell. 346 1435967

E-mail: g.facchin@venetosalute.net
Referente per informazioni:
Giancarlo Facchin



VenetoSalute Ortopedia Sanitaria Tonello



Evento E.C.M.

Le ortesi in riabilitazione: indicazioni all'uso e principi costruttivi

relatore Dott.ssa Elide De Luca

Sabato 7 Giugno 2008
Ospedale S. Raffaele Arcangelo
Fatebenefratelli
VENEZIA

Programma

- 8.00 Presentazione e finalità del Corso
- 8.15 Storia dello splinting
- 9.00 Le ortesi: finalità ed esempi d'utilizzo in clinica
- 9.30 Patologie neurologiche centrali
- 9.45 Lesioni nervose periferiche
- 10.00 Patologie degenerative nel paziente anziano
- 10.30 Pausa caffè
- 10.45 I materiali termoplastici
- 11.00 Dimostrazione pratica su un Partecipante per la realizzazione di splint statico di base
- 11.45 Esecuzione pratica da parte dei Partecipanti di un modello base; dalla misurazione alla realizzazione
- 12.45 Pausa pranzo
- 14.00 Le rigidità e le ortesi come ausilio
- 14.15 Dimostrazione di esecuzione splint posizione funzionale
- 14.30 Esecuzione da parte dei Partecipanti dello splint posizione funzionale
- 15.30 Dimostrazione esecuzione splint controllo polso
- 15.45 Esecuzione da parte dei Partecipanti dello splint controllo polso
- 16.45 Pausa caffè
- 17.00 Dimostrazione esecuzione splint per rizartrosi
- 17.15 Esecuzione da parte dei partecipanti splint per rizartrosi
- 18.00 Test ECM
- 18.30 Conclusione dei lavori

Quota di partecipazione

La quota di partecipazione individuale di iscrizione è di € 100,00 + Iva

da versare a mezzo bonifico bancario sul Cod. IBAN IT90F063450202907400069784H presso Cassa di Risparmio di Venezia

intestato a:
Venetosalute S.r.l. Via Cavanis, 10
30174 Chirignago – Ve

specificando come causale di versamento:
**“iscrizione evento ECM
le ortesi in riabilitazione: indicazioni
all'uso e principi costruttivi”**

Come Iscrivarsi

Sono stati richiesti crediti E.C.M. per **N. 35 PARTECIPANTI**

Figure professionali per le quali è stato richiesto l'accreditamento:

- **FISIOTERAPISTI**
- **MEDICI**
- **TECNICI ORTOPEDICI**

L'iscrizione dovrà pervenire alla segreteria organizzativa tramite la scheda allegata o scaricata da internet collegandosi al sito **www.fatebenefratelli.it**, Centro Studi e Formazione nella sezione Partnership Veneto Salute S.r.l., compilata in ogni sua parte, allegando copia dell'avvenuto pagamento al numero Fax **041 5446196**.

Le iscrizioni saranno accolte secondo l'ordine d'arrivo, fino ad esaurimento dei posti disponibili.

SCHEDA DI ADESIONE

**Le ortesi in riabilitazione:
indicazioni all'uso e principi costruttivi**

Dati del Partecipante

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Provincia _____

Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione _____

Disciplina _____

Struttura di appartenenza _____

Ordine, collegio di riferimento _____

Provincia o Regione di Ordine, Collegio o Associazione _____

Profilo Professionale attuale _____

Provincia in cui opera prevalentemente _____

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Indirizzo al quale deve essere inviato l'eventuale attestato ECM

Via _____ Nr. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____