

## 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](mailto: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 \_\_\_\_\_