LA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON STIMOLATORE CEREBRALE

12 DICEMBRE 2013

PROGRAMMA

14.00 – 14.45
La stimolazione cerebrale nel bambino: indicazioni e criteri di selezione del paziente
(Federica Zibordi – Giovanna Zorzi)

14.45 – 15.30
La stimolazione cerebrale profonda: tecniche chirurgiche
(Federica Zibordi – Giovanna Zorzi)

15.30 – 16.15
I neurostimolatori cerebrali
(Silvia Cardin – Valentina Russo)

16.15 – 17.00
La programmazione del paziente con neuro stimolatore cerebrale
(Giovanna Zorzi – Silvia Cardin – Valentina Russo)

17.00 – 18.00
Prova pratica (Silvia Cardin – Valentina Russo – Federica Zibordi – Giovanna Zorzi)

18.00 – 18.15
Questionario di apprendimento – Chiusura dei lavori

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
Dott.ssa Giovanna Zorzi – U.O. Neuropsichiatria Infantile
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

DESTINATARI: Medici (specialisti in Neurologia e Neuropsichiatria Infantile) – Infermieri – Inf. Pediatrici – Tecnici di Neurofisiopatologia

SEDE: Biblioteca Infantile

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
UFFICIO FORMAZIONE – Referente: dr.ssa Manuela Bloise
Tel. 02-23942547 / Fax 02-23942465 – manuela.bloise@istituto-besta.it

LA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON STIMOLATORE CEREBRALE

Destinatari:
Medici (specialisti in Neurologia e Neuropsichiatria Infantile) – Infermieri – Infermieri Pediatrici – Tecnici di Neurofisiopatologia

COGNOME* _____ NOME* _____

NATO A* _____ IL* _____

CODICE FISCALE* _____

PROFESSIONE* _____

DISCIPLINA* (solo per medici) _____

RESIDENTE IN* _____ CAP* _____

VIA/P.ZZA* _____

TEL.* _____ FAX _____

E-MAIL* _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE _____
(solo per personale interno alla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta)

DATA _____ FIRMA _____

***dati da inviare alla Regione Lombardia a consuntivo dell'assegnazione dei crediti formativi**
LA PARTECIPAZIONE E' DA INTENDERSI CONFERMATA A SEGUITO DI RICEVIMENTO DI COMUNICAZIONE A MEZZO MAIL.

I dati personali raccolti dalla Fondazione Carlo Besta, con la presente scheda, saranno trattati nel rispetto del D.lgs.196/03 al fine della partecipazione al presente corso e saranno comunicati alla Regione Lombardia per l'erogazione dei crediti ECM-CPD.*
(cognome e nome in stampatello)_____

autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa

Data_____ Firma _____

*L'informativa completa sul trattamento dei dati potrà essere consultata sul sito www.istituto-besta.it nella sezione "Formazione"

FONDAZIONE I.R.C.C.S. ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA

Sistema Sanitario Regione Lombardia

QUOTA DI ISCRIZIONE

Per il personale esterno alla Fondazione è prevista una quota di partecipazione pari ad **€ 50,00** da versarsi mediante bonifico bancario intestato a: Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta – Tesoriere Ente: **BANCA POPOLARE DI SONDRIO – Agenzia 9 – Viale Romagna, 24 Milano – ABI 05696 – CAB 01608 – CIN A – C/C 6200/21 – IBAN IT26 A056 9601 6080 0000 6200 X21 – BBAN: A 05696 01608 000006200X21**

La fattura è da intestare:

❑ al partecipante

❑ all'ente di appartenenza

❑ ENTE PUBBLICO
C. F. / P.I. _____

❑ ENTE PRIVATO
C. F. / P.I. _____
Ragione Sociale _____

FONDAZIONE I.R.C.C.S. ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA

Sistema Sanitario Regione Lombardia

Corso
ECM-CPD

LA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON STIMOLATORE CEREBRALE

12 DICEMBRE 2013
Biblioteca Infantile
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
Via G. Celoria, 11 – Milano