



REGIONE
LAZIO

E.C.M.



agenas.

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 5378

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

SI

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

Stato Evento:

PAGATO

1 Titolo del programma formativo

CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

VIA SCARAVELLI SNC

2.5 Luogo Evento

AULE AZIENDALI

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2023

3.2 Data inizio

27/04/2023

3.3 Data fine

28/04/2023

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

14

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

CONTENUTI TECNICO-PROFESSIONALI (CONOSCENZE E COMPETENZE) SPECIFICI DI CIASCUNA PROFESSIONE, DI CIASCUNA SPECIALIZZAZIONE E DI CIASCUNA ATTIVITÀ ULTRASPECIALISTICA, IVI INCLUSE LE MALATTIE RARE E LA MEDICINA DI GENERE

5.3 Acquisizione competenze di processo

DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSI-STENZA - PROFILI DI CURA;

5.4 Acquisizione competenze di sistema

LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE;

6 Programma dell'attività formativa

[programma corso cartella clinica 2.0.pdf](#)

6.1 Docenti e moderatori

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
---------	------	----------------	-------

CHIANESE	MARIANNA	CHNMNN71D67F839R	DOCENTE
DE ANGELIS	PIERO	DNGPRI64H17L719O	DOCENTE
DE FRANCESCO	CARLA	DFRCRL66A48L120W	DOCENTE
DEL SOLE	MARCANTONIO	DLSMCN76R05L419Q	DOCENTE
FAVA	PASQUALE	FVAPQL95M04D708D	DOCENTE
GENEVOIS	FABIOLA	GNVFB�83B54H501G	DOCENTE
IPPOLITO	GIUSEPPE	PPLGPP89C18G309D	DOCENTE
REGINELLI	ALESSIO	RGNLSS85L07E472P	DOCENTE

- 7

Crediti assegnati

19,4
- 8

Tipologia Evento

CORSO PRATICO PER LO SVILUPPO DI ESPERIENZE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI
- 8.1

Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni

NON PRESENTE
- 8.2

Formazione Residenziale Interattiva

PRESENTE
- 8.3

Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)

4
- 9

Responsabile Segreteria Organizzativa
- 9.1

Cognome

DE VIVO
- 9.2

Nome

MAURIZIO
- 9.3

Codice Fiscale

DVVMRZ70C27L259K
- 9.4

Telefono

07736551
- 9.5

Cellulare

3496176013
- 9.6

E-Mail

M.DEVIVO@AUSL.LATINA.IT
- 10

Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

Professione	Discipline
INFERMIERE	INFERMIERE;

- 11

Responsabili Scientifici
- | Cognome | Nome | Codice Fiscale | Qualifica | Curriculum Vitae |
|----------|------------|------------------|----------------|---|
| DEL SOLE | MRCANTONIO | DLSMCN76R05L419Q | CPS INFERMIERE | CURRICULA del GdL -La cartella infermieristica elettronica-.pdf |

- 12

Rilevanza dei docenti/relatori

NAZIONALE
- 13

Metodo di Insegnamento

- LEZIONI MAGISTRALI
 - LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
 - ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE
 - ROLE-PLAYING
- 14

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI
- 15

Quota di partecipazione?
(in euro)

0,00
- 16

Numero partecipanti previsti

20
- 17

Provenienza presumibile dei partecipanti

LOCALE
- 18

Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA

- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES
- ESAME PRATICO

19 Verifica apprendimento dei partecipanti**20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)****21 Sponsor****21.1 L'evento è sponsorizzato**

NO

21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento

NO

21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti[autocertificazione finanziamento.pdf](#)**22 L'evento si avvale di partner?**

NO

23 Dichiarazione Conflitto Interessi (obbligatoria in presenza di un partner)[conflitto interessi evento.pdf](#)**24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?**

SI

25 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016

SI

[Indietro](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586