

Sede

Hotel Caravel
Via Cristoforo Colombo 124
00147 Roma

Iscrizioni

La partecipazione al Convegno è a numero chiuso ed è limitata alle prime 30 iscrizioni. Gli interessati potranno inviare la scheda allegata alla segreteria organizzativa (Fax 081.19578071 – email: info@centercongressi.com). L'ammissione sarà regolata in base alla data di arrivo della richiesta d'iscrizione (farà fede l'imprinting del fax o la data di ricezione della mail). Il termine per le richieste d'iscrizione è il **23 novembre 2015**.

La segreteria confermerà la partecipazione al corso contestualmente al ricevimento delle richieste e fino ad esaurimento dei posti disponibili. I pagamenti dell'iscrizione dovranno essere effettuati al ricevimento della conferma di iscrizione, e comunque entro e non oltre il **30 novembre 2015**. Si precisa che se il pagamento non dovesse avvenire nei termini indicati, si riterranno decadute le richieste fatte.

Quota di partecipazione

Medico Chirurgo e Fisioterapista – € 122,00 (Iva inclusa)

La quota include:

la partecipazione ai lavori, l'attestato di partecipazione, la certificazione ECM, il coffee break, ed il lunch.

ECM

A questo evento formativo, accreditato nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM), saranno assegnati dal Ministero della Salute 9,2 crediti formativi per la professione di Fisioterapista e Medico Chirurgo con le seguenti specialità: Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Pediatria, Pediatri di libera scelta, Medicina Generale.

Ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi, sarà rilevata la presenza dei partecipanti in ingresso ed in uscita, con il registro delle firme.

Gli interessati dovranno compilare e restituire alla segreteria organizzativa il questionario di verifica dell'apprendimento e la scheda di valutazione dell'evento formativo, all'atto del ritiro dell'attestato di partecipazione.

N.B.: l'ottenimento dei crediti, ai sensi della normativa vigente, è comunque vincolato all'effettiva partecipazione all'evento ed al raggiungimento di almeno il 75% delle risposte esatte del test a scelta multipla sottoposto. Pertanto, la certificazione ECM, sarà inviata via e-mail ai partecipanti, dopo aver effettuato tali verifiche.

Segreteria Organizzativa e Provider ECM



Via G. Quagliariello, 27 • 80131 Napoli
ph 081.19578490 • fax 081.19578071
info@centercongressi.com
www.centercongressi.com



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
NELLE
PATOLOGIE NEUROLOGICHE
DEGENERATIVE

ROMA
5 Dicembre
2015



PROGRAMMA PRELIMINARE

Faculty:

Maria Beatrice Chiarini Testa

U.O.C. di Broncopneumologia
IRCSS Ospedale Pediatrico Bambin Gesù
Roma

Paola Leone

Struttura Semplice di Fisioterapia e Riabilitazione
Pediatrica
IRCSS Ospedale Pediatrico Bambin Gesù
Roma

Martino Pavone

Dirigente Medico I Livello
IRCSS Ospedale Pediatrico Bambin Gesù
Roma



Sabato 5 Dicembre

- 8.30 **Registrazione Partecipanti**
- 9.00 Le principali differenze anatomico-funzionali dell'apparato respiratorio del bambino rispetto all'adulto
M.B. Chiarini Testa
- 9.30 Problematiche respiratorie nei pazienti affetti da patologie neurologiche Degenerative
M.B. Chiarini Testa
- 10.00 Valutazione del paziente pediatrico con problemi respiratori
M.B. Chiarini Testa
- 10.30 Ossigenoterapia e Ventilazione Non Invasiva
M. Pavone
- 11.00 **Coffee Break**
- 11.30 Tecniche di Fisioterapia Respiratoria disostruente (Drenaggio Autogeno passivo, Vibropressioni, Eltgo, Elpr) (teoria e pratica)
P. Leone
- 13.00 **Pausa Pranzo**
- 14.00 Tecniche Fisioterapia Respiratoria disostruente (Pep Mask – Teoria e Pratica)
P. Leone
- 15.00 Mechanical In-Exsufflator (teoria e pratica)
P. Leone
- 16.00 Livelli albero bronchiale correlati alle tecniche disostruenti
P. Leone
- 16.30 Aspirazione rino-orofaringea e tracheale
P. Leone
- 17.00 Questionario ECM e chiusura lavori

Fisioterapia Respiratoria nelle Patologie Neurologiche Degenerative

Roma, 5 dicembre 2015

Tit _____ Professione * _____ Area Specialistica * _____

Cognome * _____ Nome * _____

Indirizzo ⁽¹⁾ _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel.* _____ Fax _____ E-mail _____

Codice Fiscale * _____ Luogo _____ Data di Nascita _____

Istituzione di Appartenenza ⁽²⁾ _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

* **Dati indispensabili per l'attribuzione dei crediti ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al ministero della salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti.**

ISCRIZIONE Euro 122,00 (iva inclusa)⁽¹⁾

La quota comprende:

⁽¹⁾ la partecipazione ai lavori, l'attestato di partecipazione, la certificazione ECM, il coffee break ed il lunch.

La partecipazione al Corso è limitata a 30 discenti. L'ammissione sarà regolata in base alla data di arrivo della richiesta d'iscrizione (farà fede l'imprinting del fax o la data di ricezione della mail).

Il termine per le richieste d'iscrizione è il **23 novembre 2015**. La segreteria confermerà la partecipazione al corso contestualmente al ricevimento delle richieste e fino ad esaurimento dei posti disponibili. I pagamenti dell'iscrizione dovranno essere effettuati al ricevimento della conferma di iscrizione, e comunque **entro e non oltre il 30 novembre 2015**.

Si precisa che se il pagamento non dovesse avvenire nei termini indicati, si riterranno decadute le richieste fatte.

Metodi di Pagamento

a) Carta di credito: American Express , MasterCard , Visa

Autorizzo la Center Comunicazione e Congressi srl ad addebitare la somma di Euro _____

sulla carta di credito n. I I I I I I I I I I I I I I I I I

*Codice CV2 I I I I scadente il _____ intestata a _____

indirizzo _____ CAP _____ Città _____

data _____ Firma _____

(Per l'American Express è necessario indicare l'indirizzo di dove viene recapitato l'estratto conto mensile.)

b) Assegno bancario intestato alla Center Comunicazione e Congressi srl;

c) Bonifico bancario (al netto delle spese) in favore della Center Comunicazione e Congressi srl, c/o Banco di Napoli Ag. 92, Via S. Giacomo dei Capri 40, 80128 Napoli, Codice IBAN: IT 72 B 01010 03493 100000002769. Si prega di inviare copia del bonifico alla Segreteria Organizzativa unitamente a questo modulo.

Dati fiscali per l'intestazione della fattura

Intestare la fattura a _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Cod. Fiscale _____ P. IVA _____

Politiche di Cancellazione:

L'annullamento dell'iscrizione e della prenotazione alberghiera, comunicato con lettera raccomandata entro e non oltre il **27 novembre 2015** (farà fede il timbro postale), dà diritto al rimborso del 40% delle quote versate. Per disdette inviate oltre tale data o con modalità diverse non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro 30 giorni dalla fine del Corso.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal punto 3.2 del vigente codice deontologico di Farmindustria, dà il proprio consenso a trasmettere al Comitato di controllo i propri dati.

I dati saranno trattati ai sensi e nei limiti del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni.

Firma _____

Da inviare alla Center Comunicazione e Congressi s.r.l. (via fax 081 19578071 o via E-mail: info@centercongressi.com)