

## Corso EPILS (European Paediatric Immediate Life Support)



### Obiettivi generali del Corso

Il Corso **EPILS** è un Corso ERC che ha come obiettivo l'addestramento al riconoscimento e tempestivo trattamento dell'insufficienza respiratoria e circolatoria nel paziente in età pediatrica fino all'arrivo del team di soccorso avanzato (primi minuti di assistenza).

### Obiettivi Formativi e contenuti

Il Corso Fornisce criteri per l'attivazione del Medical Emergency Team (MET) intraospedaliero ed addestra a lavorare in squadra come membri di un team di primo intervento e di rianimazione.

E' compreso inoltre un retraining della sequenza BLS Pediatrico e un addestramento sulle abilità tecniche più importanti nella gestione del paziente pediatrico critico (ventilazione con pallone e maschera, compressioni toraciche, disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, inserzione di accesso intraosseo).

### Destinatari

Il Corso è rivolto a tutto il personale sanitario ospedaliero e territoriale (medici non intensivisti, infermieri e tecnici sanitari intra-ospedalieri).

### Programma

Il Corso ha una durata di 1 giorno con orario dalle ore 08.00 alle ore 18.00.

E' previsto il riconoscimento di **8 ECM**.

Il Corso è programmato e realizzato in base alle indicazioni dell'accreditamento ECM ed è promosso secondo le linee guida scientifiche IRC e ERC 2015.

### Metodologie didattiche

La metodologia didattica è interattiva e basata prevalentemente su esercitazioni a piccoli gruppi con workshop e scenari su manichini, simulazione di situazioni critiche simili a quelle vissute quotidianamente dai partecipanti, guidate da istruttori pediatrici avanzati IRC-ERC.

I contenuti teorici del Corso sono presenti sul manuale EPILS-ERC che viene inviato ai partecipanti almeno 20 giorni prima del Corso, allo scopo di ottimizzare l'apprendimento durante il Corso stesso.

### Docenti

I Docenti del Corso sono tutti Istruttori accreditati IRC.

### Costi

Costo totale Euro 200,00 comprensivi di materiale didattico e pasto presso la mensa dell'AOU Meyer.

Sono previste per ogni edizione del Corso un numero di quote agevolate con sconto del 50% per gli Specializzandi di qualsiasi Scuola e per dipendenti del Servizio Sanitario Toscano, se iscritti da parte delle Aziende Sanitarie.

## Calendario Corsi

### EDIZIONI PER PARTECIPANTI ESTERNI

1° edizione 29 marzo 2018

2° edizione 7 maggio 2018

### EDIZIONI PER PERSONALE AOU MEYER

1° edizione 26 febbraio 2018

2° edizione 15 marzo 2018

3° edizione 23 maggio 2018

4° edizione 24 settembre 2018

5° edizione 8 novembre 2018

## Sede Corso

Meyer Health Campus

Via Cosimo il Vecchio, 26 - Firenze

## Segreteria Scientifica

Dott. Marco de Luca (Dirigente Medico DEA, Responsabile corsi EPALS e Simulazione Pediatrica)

Dott.ssa Cristiana Benucci (Dirigente Medico, Responsabile corsi EPILS)

Inf. Vincenzo Abagnale (Inf. Coord. Rianimazione, Responsabile corsi PBLSD)

## Segreteria Organizzativa

Roberta Latragna - r.latragna@meyer.it, fax n. 055 5662613

Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

Viale Pieraccini 24 - 50139 FIRENZE

La richiesta di iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa la scheda anagrafica allegata.

I dipendenti AOU Meyer dovranno inviare la scheda iscrizione quale conferma anche nel caso di segnalazione da parte dei responsabili.

---

## Scheda iscrizione partecipante evento formativo

<b>Titolo evento</b>		
<b>Data evento</b>		
<b>Cognome</b>		
<b>Nome</b>		
<b>Data nascita</b>		Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
<b>Luogo nascita (località e provincia)</b>		
<b>Codice Fiscale</b>		
<b>Indirizzo Via e N°</b>		
<b>CAP, Città, Provincia</b>		
<b>Indirizzo mail</b>		
<b>Telefono</b>		
<b>Telefono cellulare</b>		
<b>Professione – ECM</b>		
<b>Disciplina – ECM</b>		
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Privo occupazione		
<b>Sede lavorativa</b>		
<b>Azienda appartenenza</b>		
<b>Eventuali ulteriori recapiti</b>		

<b>Dati per la fatturazione in caso di pagamento di quota di iscrizione</b>	
(Da compilare se diversi dai dati del partecipante)	
<b>Cognome e Nome / Ente</b>	
<b>Indirizzo Via e N°</b>	
<b>CAP, Città, Provincia</b>	
<b>Indirizzo mail</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Codice Fiscale / P. IVA</b>	

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive convenzioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione all'evento e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

Accetto le condizioni per l'iscrizione e la partecipazione agli eventi formativi indicate sul sito Internet dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_