

OBIETTIVI DEL CORSO

Il percorso di formazione è finalizzato a:

- **Sensibilizzare** all'importanza dei test di screening, a livello di punto nascita, nella prevenzione delle ipoacusie congenite.
- **Aumentare** le conoscenze teorico-pratiche in tema di prevenzione e appropriatezza delle prestazioni clinico assistenziali.
- **Migliorare** il risultato delle cure attraverso il lavoro di equipe multidisciplinare e multiprofessionale
- **Favorire** la continuità assistenziale tra Ospedale e Pediatria di famiglia attraverso percorsi clinici condivisi.



PROGRAMMA

8.00 – 8.20 Registrazione partecipanti e somministrazione pre-test.

8.20 – 8.30 Saluti delle Autorità.

1° sessione

Importanza, metodologie e esperienza delle attività di screening audiologico neonatale

MODERATORI

*Dott A.Ferrando – Dott.. E.Giunta –
Dott. V. Zavattoni*

8.30 – 9.30 *Screening audiologico e neonatologia*

Prof. A. Salami, ORL Università di Genova

9.30 – 10.00 *Apparecchiature per lo screening audiologico*

Ing. F. Di Gioia, Responsabile tecnico progetto STERN

10:00- 11:00 *Lo screening audiologico presso l'Ospedale Evangelico internazionale*

Dott.ssa R. Renda. Neonatologa

11:00-11:15 Intervallo

2° sessione

Iter diagnostico terapeutico dopo la diagnosi di primo livello

MODERATORI

*Dott A.Ferrando – Dott.. E.Giunta –
Dott. G. Zavattoni*

11.15-12:15 *Valutazione di secondo livello, il parere del ORL*

Dott. V. Tarantino. ORL

I.G. Gaslini

11.45 – 12.45 *Ruolo sentinella del PdF.*

Dott. A. Ferrando, pediatra di famiglia

12.45 – 13.00 *Somministrazione del Post-test e del test di gradimento del corso da parte dei partecipanti*

13.00 – 14.00 *Discussione finale*

14.00 *Chiusura dei lavori*

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Ente di appartenenza: _____

Professione:

Medico Infermiere/a Tec. audioprotesista

Infermiere/a pediatrico Ostetrica/o

Specializzazione: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ **Provincia:** _____

Città: _____

Tel: _____

Fax (facoltativo): _____

E – mail (facoltativa): _____

Informativa ai sensi della Legge 196/03 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

L'Ospedale Evangelico Internazionale, in qualità di titolare del trattamento, garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti, in ottemperanza alle disposizioni del D. Lgs. 196/03.

Le informazioni raccolte verranno utilizzate ai fini organizzativi del corso. In ogni momento, a norma dell'art. 7 del citato decreto, potrà avere accesso ai Suoi dati e chiederne la modifica o la cancellazione..

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03, per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali, per tutte le finalità collegate alla presente iniziativa.

Acconsento SÌ No

Firma:
