



Corso ATLS - Advanced Trauma Life Support

2-3-4 febbraio 2012

Aule Direzione S.C. Pronto Soccorso

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia

PRESENTAZIONE

Il corso ATLS fornisce un metodo sicuro ed affidabile per il trattamento del paziente traumatizzato all'interno della struttura ospedaliera, entro la "golden hour", fornendo le conoscenze e le abilità necessarie per:

1. Valutare rapidamente ed accuratamente le condizioni del paziente
2. Rianimare e stabilizzare il paziente secondo priorità
3. Determinare i bisogni del paziente in relazione alle capacità di trattamento della struttura
4. Organizzare l' eventuale trasferimento interospedaliero del paziente
5. Assicurare un trattamento ottimale in ogni fase del processo

STRUTTURA DEL CORSO

Il corso è diviso in una parte teorica con lezioni frontali interattive in aula ed in una parte dimostrativa pratica a gruppi ed individuali.

Per la preparazione del corso è indispensabile un accurato studio preventivo del manuale edito dall'ACS - COT che viene fornito ai partecipanti prima del corso (nella scheda di iscrizione indicare l'indirizzo a cui mandare il manuale).

CERTIFICAZIONE

American College of Surgeons

PROGRAMMA

Giovedì 2 febbraio

- 8.15 Benvenuto - Apertura del corso
- 8.45 Valutazione e dimostrazione 1 - **P. Padalino**
- 9.00 Valutazione e trattamento iniziale - **P. Padalino**
- 9.45 Valutazione e dimostrazione 2 - **P. Padalino**
- 10.00 Coffee Break
- 10.15 Trattamento vie aeree e ventilazione - **G. Zocchi**
- 10.40 Shock - **G. Rossini**
- 11.25 Trauma toracico - **P. Padalino**
- 12.05 Trauma Addominale - **D. Mariani**
- 12.40 Pranzo
- 14.00 Discussione sulla pratica chirurgica - **P. Padalino** e **D. Mariani**
- 14.15 Sessione chirurgiche:
Lavaggio peritoneale, Toracostomia, Pericardiocentesi, Cricotiroidotomia; Trattamento vie aeree e ventilazione; Valutazione e trattamento dello shock; Valutazione radiologica delle lesioni toraciche (**tutti i Relatori**)
- 18.15 Chiusura della giornata



Venerdì 3 febbraio

- 8.00 Traumi cranici - **G. Zocchi**
9.00 Trauma della colonna e del midollo - **G. Rossini**
9.40 Traumi dell'apparato locomotore - **F. Chiodini**
10.05 Dimostrazione di valutazione secondaria - **tutti i Relatori**
10.30 Coffee Break
10.40 Traumi cranici e del collo;
Valutazione radiologica delle lesioni della colonna;
Valutazione e trattamento delle lesioni della colonna;
Valutazione e trattamento dei traumi muscolo scheletrici
P. Padalino
12.40 Pranzo
14.00 Lesioni da caldo e da raffreddamento .- **F. Chiodini**
14.30 Traumi pediatrici e geriatrici - **G. Rossini**
14.50 I traumi della donna - **G. Zocchi**
15.00 I trasferimenti - **P. Padalino**
15.30 Valutazione Pre test

Sabato 4 febbraio

- 8.00 Triage. Prova scritta e Simulazioni cliniche
Lavoro a gruppi a turno con tutti relatori
13.30 Valutazione finale e chiusura del corso - **P. Padalino**

RELATORI

Istruttori ATLS® certificati dall'ACS - COT

Federico Chiodini – Istituto Clinico Humanitas - Milano

Diego Mariani – IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia

Pietro Padalino – Università degli Studi di Milano – Bicocca, Ospedale San Gerardo - Monza

Gaia Rossini – A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese

Giuliano Zocchi – A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi - Varese

DIRETTORE DEL CORSO ATLS

Pietro Padalino

COMITATO ORGANIZZATORE

Maria Antonietta Bressan, Direttore S.C. Pronto Soccorso-Accettazione, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo, Pavia
Direttivo Regionale SIMEU Lombardia - Via Vittor Pisani 10, Milano

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Direzione Scientifica - Ufficio Organizzazione Congressi
Tel.0382 503490 - Fax 0382 502508 - Cell. 331 6408688
E-mail: congressi@smatteo.pv.it



VALUTAZIONE

Test scritto con domande a scelta multipla e caso clinico su paziente simulato.

E.C.M. REGIONALE (Regione Lombardia)

- ID. EVENTO: 21042

- N. CREDITI: 27,5

ACCREDITAMENTO MEDICI CHIRURGHI N. 16

- DISCIPLINE DI RIFERIMENTO: medicina d'urgenza, medicina interna, chir. generale, chirurgia d'urgenza, cardiologia, pneumologia, ortopedia e traumatologia, anestesia e rianimazione, pediatria.

Si fa presente che se la disciplina di riferimento non è compresa tra quelle citate non sarà possibile ricevere i crediti ECM.

PROVIDER ECM REGIONE LOMBARDIA - FORMAZIONE & COMUNICAZIONE

Referente: Manuela Corona Mendozza

Tel. 02 49523450 - Fax 02 75280968 Cell. 340 9200749

E-mail: manuela.coronamendoza@formazionecomunicazione.com

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Il Corso è rivolto a Medici che svolgono la propria attività in ambito dell' emergenza-urgenza. E' necessario inviare la scheda di iscrizione alla segreteria organizzativa entro il

27 GENNAIO 2011.

L'iscrizione è a numero chiuso: **n° 16 Partecipanti**; saranno confermate in ordine di arrivo le iscrizioni complete di bonifico bancario.

QUOTA DI ISCRIZIONE

€ 930,00 (+ iva 21%)

Richieste di Esenzione IVA: Gli enti pubblici che desiderino iscrivere i propri dipendenti al congresso possono fare richiesta di esenzione IVA.

Si prega di verificare la possibilità di iscrizione contattando la Segreteria Organizzativa.

La quota di iscrizione dà diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, attestato ECM (sarà inviato dopo l'evento all'indirizzo mail indicato nell'iscrizione on line).

Verrà emessa regolare fattura ai singoli partecipanti o agli enti indicati nella sezione "Dati di Fatturazione". Le fatture saranno inviate ai partecipanti dopo l'evento.

PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO - Intestato a: Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Banca Popolare di Sondrio C.C. 20800/73; IBAN: IT52Q0569611300000020800X73

Causale: Iscrizione CORSO 08_2012 ATLS - Nome Cognome Partecipante



Corso ATLS - Advanced Trauma Life Support

2-3-4 febbraio 2012

Aule Direzione S.C. Pronto Soccorso

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Richiesta crediti ECM SI NO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

CF /___

Indirizzo Privato _____ Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Cell. _____ e-mail* _____ @ _____

Disciplina _____

Ente/Società _____

Città _____ Prov _____

*Tutte le iscrizioni accettate saranno confermate all'indirizzo mail indicato al ricevimento dell'attestazione di pagamento (bonifico bancario).

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Intestazione fattura

COGNOME e NOME / RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

Indirizzo a cui inviare il MANUALE

INDIRIZZO: _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

C.A. _____