



CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010



SIMULAR PARA SALVAR – EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Data: 22 de novembro de 2016

Horário: Das 09:00 às 18:00 horas

Local: CHLN/HSM - Sala do Serviço de Cirurgia Experimental –
Piso 9 – Elevador 9

Destinatários: Médicos Especialistas e Internos de Pediatria e
Anestesiologia

Valor da Inscrição: 60,- Eur

Formas de Pagamento: Por transferência bancária ou por cheque emitido ao CHLN,
EPE, após confirmação de inscrição pelo Centro de Formação
(Solicitar ao Centro de Formação informação sobre o IBAN)

Inscrições: por correio: Centro de Formação do CHLN
Av. Prof. Egas Moniz – 1649-035 Lisboa
por e-mail: centro.formacao@chln.min-saude.pt

COORDENADORES:

Dra. Joana Rios – Assistente Hospitalar/CHLN

Dra. Marisa Vieira – Assistente Hospitalar/CHLN

Coordenação e organização:

Departamento de Pediatria do CHLN - UCIPed

e **CENTRO DE FORMAÇÃO**
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

SIMULAR PARA SALVAR – EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – 4ª Edição

OBJETIVOS

No final da ação os Formandos deverão estar aptos a:

Adquirir/ atualizar conhecimentos científicos, através de exercício em simulador de alta-fidelidade, onde será necessário aplicar conhecimentos práticos e teóricos sobre algoritmos de suporte básico e avançado de vida, arritmias, insuficiência respiratória, choque séptico, choque hipovolémico, insuficiência cardíaca, intoxicações, trauma, mal convulsivo e hipertensão intracranial.

PROGRAMA

- I – Introdução. Modo de funcionamento e particularidades do Simbaby®;
- II – Simulação de casos clínicos.

DESTINATÁRIOS

Médicos Especialistas e Internos de Pediatria e Anestesiologia.

INFORMAÇÕES GERAIS

DATA: 22 de novembro de 2016

CARGA HORÁRIA: 8 horas

HORÁRIO: Das 09:00 às 18:00 horas

LOCAL: Sala do Serviço de Cirurgia Experimental, Piso 9, Elevador 9

ASSIDUIDADE DOS FORMANDOS

Frequência obrigatória de 100% de carga horária.

PRAZO DE INSCRIÇÃO: 11-11-2016

METODOLOGIA PEDAGÓGICA

Método Expositivo, Ativo, Demonstrativo e Interrogativo.

Valor da Inscrição: EUR 60,

COORDENADORES:

Dra. Joana Rios – Assistente Hospitalar/CHLN

Dra. Marisa Vieira – Assistente Hospitalar/CHLN





CENTRO DE FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

Ficha de Inscrição Formandos Externos

Nota: A ficha de inscrição deve ser **preenchida integralmente com letra legível**. A não observância deste preceito levará à não seleção do candidato.

1. Identificação do Curso ¹⁾

Designação do Curso _____

Período de Realização de: _____ a _____ Horário das _____ às _____

2. Identificação (preenchimento em maiúsculas) ^{2) 3)}

Nome:
(completo)

Naturalidade: Concelho _____ Distrito _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Identificação Civil: Bilhete de Identidade

Cartão de Cidadão

Nº

Autorização de Residência

Validade ____ / ____ / ____

Nº Contribuinte

Morada _____

Código Postal Localidade _____

Telefone Telemóvel

E-mail _____

Habilitações Literárias _____

3. Situação Profissional

Categoria Profissional _____

Especialidade _____ Ano de Internato (se aplicável) _____

Cédula Profissional N.º

Instituição _____

Serviço _____

Telefone



CENTRO DE FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

4. Informações Complementares

Funções que desempenha _____

Ações de formação frequentadas anteriormente _____

Expectativas em relação a esta Ação de Formação _____

Outras Informações / Sugestões _____

Data ____ / ____ / ____ Assinatura do Candidato ⁴⁾ _____

Autorizo a divulgação dos dados pessoais para efeitos de eventual auscultação por parte do Sistema de Acreditação.

5. Formas de Pagamento

Pagamento por cheque

N.º

Banco _____

Montante _____, €

Pagamento por transferência bancária (obrigatório apresentação do respetivo comprovativo)

IBAN PT50 0781 0112 01120013334 08

Dados para emissão de recibo ⁵⁾:

Nome _____ NIF:

Morada _____

6. Centro de Formação

Recebido em ____ / ____ / ____ Por _____ Nº Inscrição _____

Observações: _____

Data ____ / ____ / ____ Assinatura (Responsável pela Seleção) _____

1) A desistência ou não comparência do formando, quando selecionado, no dia do início da ação de formação deve ser comunicada ao Centro de Formação. A não observância deste preceito levará à sua substituição e não seleção em futuras ações de formação.

2) Os dados incorrectos/incompletos condicionam a emissão do Certificado de Formação.

3) Os dados pessoais estão protegidos de acordo com a Lei de Proteção de Dados n.º 67/98 de 26 de Outubro.

4) Ao datar e assinar confirmo que as informações constantes neste formulário são verdadeiras.

5) Após a emissão do Recibo, não é possível a sua substituição e/ou alteração.