

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa via fax al n.0522-295829 oppure per posta elettronica a sara.lenzi@asmn.re.it

FORMATO DEL CORSO

VIDEOCONFERENZE INTERATTIVE

Pazienti rappresentativi dei vari aspetti della patologia tiroidea saranno sottoposti ad indagine ecografia dimostrativa e a manovre interventistiche. Il collegamento audiovisivo tra l'aula e la sala ecografia consentirà ai partecipanti di seguire *in diretta manovre reali su pazienti reali*.

I collegamenti permetteranno il dialogo in tempo reale tra aula e sala di ecografia.

ESERCITAZIONI INDIVIDUALI

I partecipanti saranno suddivisi in base alla loro esperienza di ecografisti. Ognuno di essi, sotto la guida dei docenti, eseguirà indagini ecografiche su pazienti e compilerà il relativo referto.

VERIFICA DI APPRENDIMENTO

La verifica dell'apprendimento consisterà in una **prova pratica** e in un **test scritto multiple choice**. Il risultato della verifica sarà comunicato ad ogni partecipante dopo la conclusione del corso.

STAGE POST- CORSO

I partecipanti al corso potranno accedere con priorità agli *Stage* intensivi di ecografia tiroidea diagnostica ed interventistica che si terranno presso il Servizio di Endocrinologia dell' Arcispedale Santa Maria Nuova.

CORSO DI ECOGRAFIA TIROIDEA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA

14– 16 novembre 2007

Reggio Emilia, aula 1 formazione piano –1, Arcispedale S. Maria Nuova

Cognome e nome _____
Azienda/Ente/Istituto _____
Via _____ n _____
Città _____ Provincia _____
Tel _____ Fax _____ E-mail _____
Abitazione via _____ Città _____ Provincia _____
Tel _____

Qualifica (barrare la casella appropriata e completare)

- Ospedaliero
- specialista ambulatoriale
- Universitario
- libero professionista

Specializzazione/i _____

Esperienza in ecografia tiroidea (barrare la casella appropriata):

- non ho mai eseguito ecografia
- eseguo ecografia ma non tiroidea
- eseguo ecografia tiroidea occasionalmente
- eseguo ecografia tiroidea abitualmente

Ente o persona fisica a cui intestare la fattura _____

Indirizzo _____

Partita IVA/codice fiscale _____

Firma _____

N.B. Il corso è a numero chiuso. Saranno ammesse le domande in ordine di arrivo alla Segreteria Organizzativa.

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente corso e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs 196/2003.