



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 25 GIU. 2015

OGGETTO: Autorizzazione Corso di aggiornamento: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato".

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 26 GIU. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario Dott. Nazzareno Pacifico

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che il Direttore dei Servizi Informativi propone l'attivazione di un Corso di formazione sulla: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato", al fine di aggiornare le competenze del personale sanitario sulla gestione informatizzata delle richieste verso i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Anatomia Patologica, ecc.;

Considerato che l'attività formativa è rivolta al personale sanitario per un totale di 192 partecipanti suddivisi in 32 edizioni, per complessive 128 ore di formazione;

Recepita la comunicazione del Direttore dei Servizi Informativi che propone docenti interni fuori dall'orario di servizio; La scelta del docente è ricaduta sul personale dei Sistemi Informativi Aziendali, i quali hanno approfondita conoscenza delle procedure applicative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi formativi;

Valutata la proposta afferente al percorso formativo: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato", che si allegata alla presente per farne parte integrale e sostanziale;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di autorizzare il corso di formazione: "Gestione integrata dell'Order Entry informatizzato", rivolto al personale sanitario per un totale di 192 partecipanti suddivisi in 32 edizioni, per complessive 128 ore di formazione.

Confermare che l'attività formativa, sarà svolta da docenti interni (come da elenco autorizzato nel progetto), fuori dall'orario di servizio (euro 25.82/ora).

Determinare che la spesa non sia superiore a € 6.610,00 (seimilaseicentodieci euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi per l'aggiornamento professionale dell'anno 2015.

Imputare sul conto aziendale n. 0506030205 i costi di competenza.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus



Al Commissario Straordinario

Dott.ssa Graziella Pintus

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO:

Gestione integrata dell'Order Entry Informatizzato

STRUTTURA PROPONENTE

SERVIZI INFORMATIVI

OBIETTIVI

Il progetto si pone l'obiettivo di aggiornare le competenze del personale sanitario sulla gestione informatizzata delle richieste verso i servizi quali Radiologia, Laboratorio, Anatomia Patologica, etc. Saranno introdotte le nuove evoluzioni offerte dai sistemi informativi aziendali: il referto firmato digitalmente, il controllo appropriatezza, l'accesso alle immagini radiologiche, le richieste di anatomia patologica.

La formazione sarà effettuata a n. 4 KeyUser per reparto (2 Medici e 2 Infermieri) che poi avranno il compito di estendere le competenze acquisite a tutto il personale della propria struttura.

Le strutture coinvolte solo le seguenti:

Tipologia Struttura	Denominazione	Dipartimento/Direzione di afferenza
SC	Anatomia Patologica	Servizi speciali diagnosi e cura
SC	Anestesia	Emergenza/urgenza
SC	Cardioanestesia	Cardio Toraco Vascolare
SC	Cardiochirurgia	Cardio Toraco Vascolare
SC	Cardiologia pediatrica	Cardio Toraco Vascolare
SC	Cardiologia -UTIC	Cardio Toraco Vascolare
SC	Chirurgia vascolare toracica	Cardio Toraco Vascolare
SC	Chirurgia generale	Chirurgia
SC	Chirurgia plastica	Chirurgia
SC	Chirurgia urgenza	Emergenza/urgenza
SC	Diabetologia	Medicina interna
SC	Emodinamica	Cardio Toraco Vascolare
SC	Gastroenterologia	Chirurgia
SC	Immunoematologia e Centro Trasfusionale	Servizi speciali diagnosi e cura
SC	Medicina I	Medicina interna
SC	Medicina II	Medicina interna
SC	Medicina nucleare	Diagnostica per Immagini
SC	Nefrologia e dialisi	Patologia renale
SC	Neurochirurgia	Chirurgia
SC	Neurologia e Stroke	Medicina interna
SC	Oculistica	Chirurgia
SC	Ortopedia e traumatologia	Emergenza/urgenza



Azienda Ospedaliera Brotzu

SC	Ostetricia e Ginecologia	Chirurgia
SC	Pediatria	Medicina interna
SC	Pronto Soccorso e OBI	Emergenza/urgenza
SC	Riabilitazione fisica	Servizi speciali diagnosi e cura
SC	Rianimazione	Emergenza/urgenza
SC	Urologia	Patologia renale
SSD	Assistenza postoperatoria cardiocirurgica	Cardio Toraco Vascolare
SSD	Cardioriabilitazione	Servizi speciali diagnosi e cura
SSD	Centro malattie dismetaboliche	Medicina interna
SSD	Ch maxillo facciale	Chirurgia
SSD	Consulenza e valutazione cardiologica	Cardio Toraco Vascolare
SSD	Coordinamento trapianti di fegato	Chirurgia
SSD	DH urologico	Patologia renale
SSD	Dialisi acuti e chirurgia accessi vascolari	Patologia renale
SSD	Dialisi cronici	Patologia renale
SSD	Disturbi pervasivi dello sviluppo	Medicina interna
SSD	Endoscopia Digestiva	Chirurgia
SSD	Ginecologia disfunzionale ed endoscopica	Chirurgia
SSD	Immunologia trapianti	Servizi speciali diagnosi e cura
SSD	Neonatologia	Chirurgia
SSD	Neurofisiologia	Medicina interna
SSD	Neuroriabilitazione	Medicina interna
SSD	Patologia della terza età e chirurgia del pavimento pelvico	Chirurgia
SSD	Qualità in radiochimica - Laboratorio vitro	Diagnostica per Immagini
SSD	Senologia	Chirurgia
SSD	Trapianto renale	Patologia renale

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

1. Introduzione alla gestione informatizzata delle richieste.
2. Generazione della richiesta informatizzata con i software aziendali.
3. Verifica dello stato di avanzamento delle richieste.
4. Consultazione del referto informatizzato.
5. Il referto informatizzato firmato digitalmente.

A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Conoscere gli applicativi aziendali per la generazione delle richieste informatizzate.

B) Acquisizione competenze di processo:

Comprendere il processo di generazione, presa in carico, esecuzione e refertazione delle prestazioni sanitarie richieste in modalità informatizzata.

C) Acquisizione competenze di sistema:

Gestione del referto firmato digitalmente. Conoscenza dei prerequisiti per il controllo appropriatezza. L'accesso alle immagini radiologiche. Gestione delle richieste di anatomia patologica.

TIPOLOGIA DI EVENTO:**A) FORMAZIONE RESIDENZIALE**

Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)

DIREZIONE GENERALE – UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias
Tel. 070/539856/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail : ufficioformazione@aob.it
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391



Azienda Ospedaliera Brotzu

- Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
- Conferenza (minimo 4 ore)
- Corso (minimo 4 ore)
- Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura: S. C. Sistemi Informativi

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
- Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
- Aula con capienza di n. _____ partecipanti
- Sala conferenza per n. _____ partecipanti
- Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
- LAVAGNA A FOGLI MOBILI
- PC
- VIDEOPROIETTORE
- ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI NO

Se Sì, indicare le date di inizio e fine, se No, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.

Edizione numero	Partecipanti	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
1	6	lun 14 set 15	lun 14 set 15
2	6	mar 15 set 15	mar 15 set 15
3	6	lun 21 set 15	lun 21 set 15
4	6	mar 22 set 15	mar 22 set 15
5	6	lun 28 set 15	lun 28 set 15
6	6	mar 29 set 15	mar 29 set 15



<i>Edizione numero</i>	<i>Partecipanti</i>	<i>Data inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data fine (gg/mm/aaaa)</i>
7	6	lun 5 ott 15	lun 5 ott 15
8	6	mar 6 ott 15	mar 6 ott 15
9	6	lun 12 ott 15	lun 12 ott 15
10	6	mar 13 ott 15	mar 13 ott 15
11	6	lun 19 ott 15	lun 19 ott 15
12	6	mar 20 ott 15	mar 20 ott 15
13	6	lun 26 ott 15	lun 26 ott 15
14	6	mar 27 ott 15	mar 27 ott 15
15	6	lun 2 nov 15	lun 2 nov 15
16	6	mar 3 nov 15	mar 3 nov 15
17	6	lun 9 nov 15	lun 9 nov 15
18	6	mar 10 nov 15	mar 10 nov 15
19	6	lun 16 nov 15	lun 16 nov 15
20	6	mar 17 nov 15	mar 17 nov 15
21	6	mer 18 nov 15	mer 18 nov 15
22	6	gio 19 nov 15	gio 19 nov 15
23	6	lun 23 nov 15	lun 23 nov 15
24	6	mar 24 nov 15	mar 24 nov 15
25	6	lun 30 nov 15	lun 30 nov 15
26	6	mar 1 dic 15	mar 1 dic 15
27	6	mer 9 dic 15	mer 9 dic 15
28	6	gio 10 dic 15	gio 10 dic 15
29	6	lun 14 dic 15	lun 14 dic 15
30	6	mar 15 dic 15	mar 15 dic 15
31	6	lun 21 dic 15	lun 21 dic 15
32	6	mar 22 dic 15	mar 22 dic 15



Azienda Ospedaliera Brotzu

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Farmacista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ospedaliera | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacia Territoriale | n. _____ |
| | |
| <input type="checkbox"/> Medico chirurgo | n. <u>96</u> |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Geriatrics | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell' Apparato Respiratorio | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Termale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neonatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oncologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Psichiatria | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | n. _____ |



Azienda Ospedaliera Brotzu

- Ginecologia e Ostetricia n. _____
- Neurochirurgia n. _____
- Oftalmologia n. _____
- Ortopedia e Traumatologia n. _____
- Otorinolaringoiatria n. _____
- Urologia n. _____
- Anatomia Patologica n. _____
- Anestesia e Rianimazione n. _____
- Biochimica Clinica n. _____
- Farmacologia e Tossicologia Clinica n. _____
- Laboratorio di Genetica Medica n. _____
- Medicina Trasfusionale n. _____
- Medicina Legale n. _____
- Medicina Nucleare n. _____
- Microbiologia e Virologia n. _____
- Neurofisiopatologia n. _____
- Neuroradiologia n. _____
- Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia) n. _____
- Radiodiagnostica n. _____
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica n. _____
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione n. _____
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro n. _____
- Medicina Generale (Medici di Famiglia) n. _____
- Continuità Assistenziale n. _____
- Pediatria (Pediatri di libera scelta) n. _____
- Scienza dell'alimentazione e dietetica n. _____

- Direzione medica di presidio ospedaliero n. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base n. _____
- Audiologia e Foniatria n. _____
- Psicoterapia n. _____
- Privo di Specializzazione n. _____

- Odontoiatra** n. _____

- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia** n. _____
- Psicologia** n. _____

- Laureati non medici (specificare)** n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____



Azienda Ospedaliera Brotzu

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Infermiere | n. 96 |
| <input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Ostetrica/o | n. _____ |

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Podologo | n. |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | n. |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | n. |
| <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia | n. |
| <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva | n. |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Riabilitazione Psichiatrica | n. |
| <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale | n. |
| <input type="checkbox"/> Educatore Professionale | n. |

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Dietista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Igienista Dentale | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro | n. _____ |

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico | n. _____ |

TUTTE LE PROFESSIONI

n. 192

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)**

- ASL n. _____
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).



Azienda Ospedaliera Brotzu

Ogni edizione prevede l'intervento di 2 docenti in compresenza, il primo docente avrà il compito di illustrare gli argomenti e le procedure informatiche mentre il secondo docente affiancherà gli allievi nell'esecuzione pratica delle attività.

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore __ 128

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI NO

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
 Slides
 Testi/libri
 Riviste
 Cd
 Altri supporti __ Guida operativa

VALUTAZIONE**MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO**

- Prova Pratica
 role playing con griglia
 prova manuale
- Prova orale
 strutturata
 non strutturata
- Prova scritta
 tema
 saggio
 tesina
 altro
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)
- Project Work

VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 6.609,92
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €



Azienda Ospedaliera Brotzu

Quote di iscrizione:

€

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	<u>ANDREA</u>	Cognome	<u>ALIMONDA</u>
Qualifica	<u>DIRIGENTE ANALISTA</u>		
Struttura	<u>SERVIZI INFORMATIVI</u>		
Telefono	<u>070 539630</u>	Cellulare	<u>331 6791510</u>
Fax		email	<u>andrea.alimonda@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>MARGHERITA</u>	Cognome	<u>RUIU</u>
Telefono	<u>070 539756</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>margheritaruiu@aob.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>LAURA</u>	Cognome	<u>BERRI</u>
Telefono	<u>070 539833</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>lauraberri@aob.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>CINZIA</u>	Cognome	<u>LALLAI</u>
Telefono	<u>070 539757</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>cinzialallai@aob.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>NICOLETTA</u>	Cognome	<u>DELOGU</u>
Telefono	<u>070 539830</u>	Cellulare	
Fax		email	<u>nicolettadelogu@aob.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>ANDREA</u>	Cognome	<u>ALIMONDA</u>
Telefono	<u>070 539630</u>	Cellulare	<u>331 6791510</u>
Fax		email	<u>andrea.alimonda@aob.it</u>
Curriculum			

A) Motivazione della scelta scientifica:

Si rende necessario diffondere la gestione integrata dell'order entry per le richieste informatizzate dai reparti ospedalieri ai servizi erogatori.

B) Motivazione della scelta economica:

Il corrispettivo economico è quello fissato dalla normativa per i dipendenti che svolgono attività di docenza fuori dall'orario di servizio

C) Motivazione della scelta dei docenti:

La scelta del docente è ricaduta sul personale dei Sistemi Informativi Aziendali, i cui operatori hanno approfondita conoscenza delle procedure applicative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi formativi.



Azienda Ospedaliera Brotzu

A) Docenti Interni:

in orario di servizio
fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:



Azienda Ospedaliera Brotzu

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, 60 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)
Commissario Straordinario
Timbro e Firma (leggibile)
Commissario Straordinario



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU

Dott.ssa Graziella Pintus

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)
Timbro e Firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

ANDREA ALIMONDA

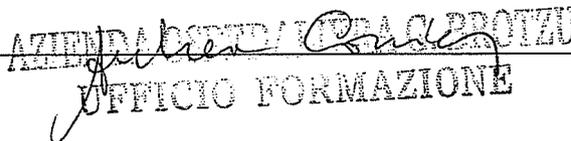
Azienda Ospedaliera G. Brotzu
S.C. Servizi Informativi
Il Dirigente
Ing. Andrea Alimonda

Nome e cognome (in stampatello)
Il Direttore del Dipartimento
Timbro e Firma (leggibile)
Il Direttore del Dipartimento

Il Capo Dipartimento
Tecnico Amministrativo
Dott.ssa Agnese Foddis

Nome e Cognome (In stampatello)
Responsabile Ufficio Formazione
Timbro e firma (leggibile)

ANDREA CORRIAS



NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale



Order Entry Informatizzato

Data: dal 14/09/2015 al 22/12/2015

AOB – Aula _____

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine		Metodologia	Docente	Sostituto
Sessione 1 pomeriggio						
Dettaglio 1	14.30	15.30	Introduzione alla gestione informatizzata delle richieste. Presentazione dei diversi strumenti disponibili in base al tipo di erogatore (Laboratorio di analisi, Radiologia, Anatomia patologica, Consulenze)	RTP	M. Ruiu C. Lallai	L. Berri N. Delogu A. Alimonda
Dettaglio 2	15.30	17.30	Generazione della richiesta informatizzata con i software aziendali. Verifica dello stato di avanzamento delle richieste. Consultazione del referto informatizzato. Il referto informatizzato firmato digitalmente.	ED	M. Ruiu C. Lallai	L. Berri N. Delogu A. Alimonda
Dettaglio 4	17.30	18.30	Conclusione Lavori e Verifica apprendimento	RTP	M. Ruiu C. Lallai	L. Berri N. Delogu A. Alimonda

Note: le lezioni tendono a stimolare la partecipazione attiva e le domande, in particolare incentrate su problematiche riscontrate nell'attività lavorativa, anche durante la lezione stessa. In alcuni casi è prevista anche una breve dimostrazione pratica eseguita dal docente per meglio illustrare l'argomento.

	METODI DIDATTICI	Ore	Min
LM	LEZIONI MAGISTRALI		
RTP	SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO	2	00
TRD	TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI		
CD	CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")	0	00
DT	DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI	0	00
LG	PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)		
LPG	LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO		
ED	ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE	2	00
RP	ROLE-PLAYING		