

Al Direttore dell'Area Promozione salute e prevenzione
Direzione centrale salute integrazione socio
sanitaria politiche sociali e della famiglia
Riva N. sauro, 8
34134 TRIESTE

Oggetto: **Domanda di accreditamento per l'erogazione di corsi BLSD a personale non sanitario**

Il sottoscritto

nato/a..... il

C.F/partita IVA

in qualità di titolare /legale rappresentante della

con sede in

Via

Telefono e-mail

in conformità con quanto stabilito dalla Delibera della Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia n. del "Linee guida regionali di accreditamento dei soggetti erogatori dei corsi BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLSD) a personale non sanitario"

inoltra domanda per ottenere l'accREDITamento come soggetto erogatore di corsi di Formazione BLSD a Personale non Sanitario"

A tal fine dichiara:

- di avere adeguata struttura per la formazione nel campo della rianimazione cardiopolmonare e dell'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno;
- di disporre di un regolamento dei percorsi di formazione ed aggiornamento continuo degli istruttori BLSD;
- di avere almeno 4 istruttori BLSD qualificati;
- che la responsabilità della formazione è attribuita al dott.
..... Iscritto all'Albo

Allega:

scheda di autovalutazione

elenco nominativo e curriculum degli istruttori BLSD

Firma

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEI REQUISITI
--

N.	DESCRIZIONE REQUISITO	AUTOVALUTAZIONE
1.	Presenza di una sede stabile in Regione FVG	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
2.	La sede deve disporre di almeno i seguenti locali conformi alle norme per la sicurezza e prevenzione: <ul style="list-style-type: none"> • segreteria • aula per la formazione frontale • aula/e per l'addestramento nelle tecniche di rianimazione cardiopolmonare su manichino 	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
3.	I locali presso cui si svolge il corso devono essere di dimensioni adeguate a consentire l'effettuazione delle prove pratiche di rianimazione cardiopolmonare a seconda del numero dei partecipanti al corso stesso.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
4.	Vi è la disponibilità del seguente materiale didattico: <ul style="list-style-type: none"> • computer • videoproiettore • manichino adulto • manichino baby, in caso di erogazione di corsi di formazione per BLS D pediatrico • simulatori DAE 	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
5.	La responsabilità della formazione è attribuita ad un medico.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
6.	Sono presenti almeno 4 istruttori BLS D qualificati, di cui almeno uno abilitato alla formazione per BLS D pediatrico, in caso di erogazione di tale tipologia di corsi.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
7.	E' presente un operatore per le funzioni di segreteria e di registrazione delle attività formative.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
8.	I corsi di formazione, base e di retraining, devono avere le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> • il corso base deve avere una durata di almeno 4 ore di cui il 20% dedicate alla teoria e l'80% alla pratica • il corso di retraining deve avere una durata di almeno 2 ore • essere in linea con gli indirizzi dell'International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR) • rispettare le Linee Guida dell'European Resuscitation Council (ERC) o dell'American Heart Association (AHA) 	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
9.	La parte teorica del corso viene svolta mediante lezione frontale con l'eventuale impiego di slides e/o filmati a supporto.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

10.	Per la parte pratica è obbligatorio l'impiego di un manichino che permetta di simulare tutte le manovre di RCP di base e di un DAE simulatore.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
11.	Il rapporto istruttori/manichini/discenti per la parte pratica deve essere fino a 1/1/6.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
12.	E' presente un registro, anche in formato elettronico, degli istruttori certificati del centro di formazione,...	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA
13.	E' presente un registro, anche in formato elettronico, dei partecipanti ai corsi di formazione BLS/D.	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA

Legenda**C** requisito conforme**NC** requisito non conforme**NA** requisito non applicabile

Al Direttore della centrale operativa del 118

Azienda _____

Via _____

Oggetto: **Domanda di autorizzazione a svolgere il corso BLS-D a personale non sanitario**

Si comunica che il soggetto:

.....
già autorizzato a realizzare dei corsi di BLS-D dalla Regione con nota.....
chiede l'autorizzazione a svolgere un corso BLS-D (base o retraining)
il dalle ore..... alle.....
presso.....

da parte dei seguenti istruttori BLS-D (*nome e cognome dei docenti*)

1.

2.

per un numero previsto di allievi (allegato elenco)

Il Responsabile del corso è il medico:

.....

n. tel. mail

Seguirà invio dell'elenco dei soggetti che hanno superato la prova finale per l'autorizzazione all'uso del DAE

firma _____

Spazio riservato alla Centrale Operativa

Ricevuto il

Confermato al richiedente in data

Note

Firma

Soggetto erogatore

Data del corso _____

Elenco partecipanti

(da restituire debitamente compilato al Responsabile della C.O. 118 prima e dopo l'effettuazione ed il superamento del corso)

N°	Generalità (Cognome – Nome)	Data di nascita	IDONEO (SI/NO)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Il Responsabile del corso:

_____ firma