

# Curso de Formación semipresencial en Higiene de Manos. 2017.

## Desarrollo del curso

- \_ Fechas: 05 de mayo de 2017.
- \_ Horario: de 12:00 a 13:00h.
- \_ Duración: 1.h.
- \_ Lugar: Aula 12 del CAS.
- \_ Localidad: Albacete.
- \_ Nº alumnos: 20.

## Inscripciones

Rellenar la **hoja de inscripción**. Recordar que se pueden inscribir hasta el mismo día del Taller. Una vez cumplimentada la han de enviar a: [solicitudesics@jccm.es](mailto:solicitudesics@jccm.es)

## Dirigido a:

Personal Facultativo, Enfermería y Residentes de la GAI de Albacete

## Objetivos:

### General:

o Mejorar la adherencia a la higiene de manos utilizando soluciones alcohólicas, a partir de la capacitación del personal sanitario en la formación básica en higiene de manos (HM).

### Específicos:

- Profundizar en el concepto de HM y su trascendencia como pilar del control de las infecciones hospitalarias.
- Conocer los pasos a seguir en el desarrollo de un taller de HM sobre terreno.
- Educar al personal sanitario respecto a las actividades de cuidado de pacientes que puedan conllevar la contaminación de las manos y la efectividad de las soluciones alcohólicas para evitarlo.
- Saber interpretar los resultados de la aplicación del gel sobre las manos.

## Metodología:

El desarrollo de curso consta de tres partes que se desarrollan en dos fases:

Fase I: *Expositiva*: Fundamentos teóricos de la Higiene de Manos.

Fase II: parte on line

## Docente

Dra. Máxima Lizán García. Jefe del servicio de preventiva del CHUA.

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

1. *Rellene todos los apartados en MAYÚSCULAS*
2. *Rellene una solicitud para cada uno de los cursos que solicite*
3. *Las solicitudes incompletas no podrán ser tenidas en cuenta en el proceso de selección y serán archivadas.*

Nombre del curso que solicita:	
Código del Curso:	
Lugar de Realización:	

#### Datos del Solicitante:

Apellidos:		Nombre:		DNI:	
Titulación Académica:					
Fecha obtención del título:					
Puesto de trabajo actual:					
Denominación:					
Situación laboral:	Titular <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Refuerzo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>				

Centro de trabajo actual:					
Calle:		Nº:		C. Postal:	
Localidad:				Provincia:	
Teléfono:		Fax:		*E-mail:	

Dirección para correspondencia (en caso de ser diferente a la del centro de trabajo):					
Calle:		Nº:		C.P.:	
Localidad:				Provincia:	
Teléfono:		Fax:		*E-mail:	

Datos sobre su adecuación de alumno al perfil exigido para este curso: <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
---

#### Cursos realizados en los tres últimos años organizados por la Consejería de Sanidad:

Nombre del Curso	Lugar y Año	Nº Horas

DECLARO que son ciertos todos y cada uno de los datos contenidos en la presente solicitud de inscripción:	
Fecha:	Firma del solicitante:

**\*MUY IMPORTANTE: LAS NOTIFICACIONES A LOS ALUMNOS SE REALIZARÁN MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO, POR LO QUE ES IMPRESCINDIBLE CUMPLIMENTAR ESTE CAMPO.**