

Valutazione Corsi certificati

Sezione: _____ **Data:** _____

Corso: _____ **Numero partecipanti:** _____

Monitore di corso: _____

Istruttore: _____

Obiettivi

- Svolgere il corso nel rispetto delle prescrizioni e delle direttive della FSS;
- Formare futuri soccorritori in grado d'agire correttamente in situazioni d'emergenza.

Relazione visita di verifica sul posto

Osservazioni preliminari:

La relazione include punti che concernono sia il responsabile del corso sia l'istituzione. Tutte le denominazioni di funzioni e persone sono valide per entrambi i sessi.

Organizzazione (sezione)

Offerente del corso, NPA località

Nominativo del responsabile del corso

Nominativo dell'assistente

Data del corso

Durata del corso

Ripartizione temporale del corso da.....a.....

Numero di partecipanti al corso

Il controllo delle presenze ha potuto essere registrato

Nominativo dell'esperto

Data e orario della visita di verifica sul postodalle alle

Tema/i della lezione:

PARTE I: CONOSCENZE

Criteri rilevanti per il certificato di CORSO:

Supporti didattici / Materiale didattico

- 1.1 L'insegnamento è stato impartito sulla base del materiale per i corsi certificato
- 1.2 Il formatore disponeva di un manuale per il responsabile del corso conforme al materiale per i corsi certificato.

1.3 L'insegnamento è stato impartito con l'ausilio dei seguenti supporti didattici:

<input type="checkbox"/> Mezzi di presentazione adeguati (beamer, filmati, ecc.)	<input type="checkbox"/> Moulage per esempi pratici	<input type="checkbox"/> Modelli per manovra di iperestensione
<input type="checkbox"/> Manichino per la rianimazione*	<input type="checkbox"/> Guanti di protezione	<input type="checkbox"/> Strumenti per la respirazione artificiale
<input type="checkbox"/> Materiale per fasciature di compressione	<input type="checkbox"/> Triangolo	<input type="checkbox"/> Modelli anatomici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 1 ogni 4 partecipante / prestare attenzione alla presenza di prodotti disinfettanti, interrogare

2. Dotazione dei locali

- 2.1 Tutti i locali utilizzati sono puliti e in ordine
- 2.2 Tutti i locali sono sufficientemente spaziosi (in particolare per gli esercizi pratici)
- 2.3 Il luogo del corso è adeguatamente ubicato (vie d'accesso, Handicap, ecc.)

Criteri rilevanti per il certificato di COMPETENZA:

3. Contenuti del corso

- 3.1 Il responsabile del corso si attiene fedelmente al piano di studio. sì no in parte

Osservazioni:.....

3.2 L'applicazione pratica avviene correttamente:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| a) Valutazione della situazione: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| b) Allarme: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| c) Autoprotezione, igiene: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| d) Pericoli: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| e) Valutazione del paziente: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| f) Stabilità della posizione di fianco: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| g) Misure BLS: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| h) Dimostrazione AED: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| i) Anatomia, fisiologia, patologia | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| j) Fasciatura di compressione: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |
| k) Manovra di Rautek: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ha potuto essere verificato |

4. Qualificazione del responsabile del corso

4.1 Il responsabile del corso dispone di sufficienti conoscenze specialistiche

si no in parte

Osservazioni:.....
.....

4.2 Il responsabile del corso è in grado di esporre la materia in modo tale che i partecipanti al corso (sprovvisti di conoscenze specialistiche) possano seguire bene e imparare qualcosa.

si no in parte

Osservazioni:.....
.....

4.3 Il responsabile del corso è presente e riceve tutta l'attenzione dai partecipanti al corso.

si no in parte

Osservazioni:.....
.....

PARTE II: VALUTAZIONE

Osservazioni in generale sulla visita:

.....
.....
.....
.....

Raccomandazioni:

.....
.....
.....

Osservazioni del monitore:

.....
.....
.....

Luogo/Data,

Firma esperto..... Letto e preso conoscenza

Il monitore.....

Originale a ASSTM; copia a Monitore e alla sezione