



II Curso Introdutório de Cuidados Paliativos Casa do Cuidar - Multiprofissional / 2010 29 a 31 de Julho e 01 de Agosto de 2010 São Paulo - SP

29/07/10 – 5ª feira – das 14h às 19h

15h - Definição de Papéis em Cuidados Paliativos

Dra Ana Claudia Arantes - Sócia fundadora Casa do Cuidar / membro do Grupo de Estudo sobre Cuidados Paliativos do CREMESP / Coordenadora do Grupo de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos - Hospital Israelita Albert Einstein

Dr Toshio Chiba – Sócio Fundador Casa do Cuidar / Coordenador do Ambulatório de Cuidados paliativos do HCFMUSP / membro do Grupo de Estudo sobre Cuidados Paliativos do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Coordenador-geral do Núcleo de Assistência Domiciliar do ICHC-FMUSP. Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, Seção São Paulo.

16h30 - Intervalo

17h - Divisão dos Grupos de Trabalho

Psicólogo Francisco Carlos Gomes dos Santos – Sócio fundador Casa do Cuidar / Psicoterapeuta - Mestre em Psicologia Social PUC de São Paulo

Psicóloga Cristiane Ferraz Prade – Sócia fundadora Casa do Cuidar / psicóloga e musicoterapeuta Hospital Israelita Albert Einstein

30/07/10 – 6ª feira – das 8h30 às 19h

8h30 - Avaliação Clínica do Sofrimento do Paciente Adulto

10h30 - Intervalo

11h - Avaliação Clínica do Sofrimento do Paciente Pediátrico

13h – Intervalo para almoço

14h30 - Supporte à família

O paciente pediátrico

O paciente adulto

Suporte social prático

16h30 - Intervalo

17h - Terapia da Dor em Cuidados Paliativos

31/07/10 – Sábado – das 8h30 às 19h

8h30 - Manejo de Sintomas

Fadiga

Dispneia

10h30 - Intervalo

Ansiedade, Depressão

Delirium

13h – Intervalo para almoço

14h30 -Intervenções e Assistência ao Luto

16h30 – Intervalo

17h -Bioética e Terminalidade

01/08/10 – Domingo – das 8h30 às 13h

8h30 -Comunicação e Arte e Ciência do Cuidar

10h30 - Intervalo

11h -Comunicação em Cuidados Paliativos

11h45 - Fechamento e Apresentação dos Grupos de Trabalho

INFORMAÇÕES GERAIS

INVESTIMENTO:

ATÉ JUNHO (Até dia 30/06)

Médicos: R\$ 660,00

Outros Profissionais: R\$ 585,00

Pós Graduando – R\$ 495,00

Estudantes de graduação – R\$ 300,00

JULHO (Até dia 24/07)

Médicos: R\$ 725,00

Outros Profissionais: R\$ 645,00

Pós Graduando – R\$ 545,00

Estudantes de graduação – R\$ 330,00

NO DIA (29/07)

Médicos: R\$ 800,00

Outros Profissionais: R\$ 710,00

Pós Graduando – R\$ 595,00

Estudantes de graduação – R\$ 365,00

Desconto Institucional:

Grupos de 3 a 5 profissionais da mesma instituição – 10% de desconto

Grupos de 6 profissionais ou mais da mesma instituição – 20% de desconto

Instruções para Inscrições:

Depósito Bancário: Enviar via fax (11) 3951-2813 ou por e-mail casadocuidar@luminaeventos.com.br a ficha de inscrição preenchida e o comprovante de depósito bancário, efetuado no Banco Itaú nº 341 Ag: 3010 Conta Corrente: 04217-8; nominal à Casa do Cuidar.

Observações:

Em caso de desistência, a solicitação de cancelamento de inscrição será aceita somente por escrito pelo fax (11) 3951-2813 ou pelo e-mail: casadocuidar@luminaeventos.com.br, até 05 dias antes da realização do evento. As inscrições canceladas após este prazo não serão reembolsadas. O reembolso, quando devido, corresponderá a 70% do valor pago, e será efetuado após o término do evento.

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO:

Casa do Cuidar

Tel.: (11) 3078-5202

E-mail: faleconosco@casadocuidar.org.br

www.casadocuidar.org.br

LOCAL DA REALIZAÇÃO:

São Paulo - SP
(o endereço será divulgado posteriormente)

AGÊNCIA DE TURISMO

Valência Turismo (para aquisição de passagens aéreas)

Falar com Aline

Tel: (55 11) 3242 2455 Fax: (55 11) 3105-7961

congresso@valenciaturismo.com.br

www.valenciaturismo.com.br

INFORMACÕES/INSCRICOES:

Lúmina Eventos

Tel.: (11) 38560237/3951-2813

Fax.: (11) 3951-2813

E-mail: casadocuidar@luminaeventos.com.br

www.luminaeventos.com.br

ACESSE O SITE
www.casadocuidar.org.br

FICHA DE INSCRIÇÃO -CASA DO CUIDAR - Favor preencher com letra legível

**II Curso Introdutório de Cuidados Paliativos Casa do Cuidar - Multiprofissional / 2010
29 a 31 de Julho e 01 de Agosto de 2010**

Nome: _____

CPF: _____ CONSELHO REGIONAL N° _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Profissão (se for médico, informar a especialidade): _____

Valor pago: _____