Zapotrzebowanie na sprzęt w Centrum Symulacji Medycznej UR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data zajęć |  | | |
| Kierunek |  | | |
| Przedmiot |  | | |
| Temat |  | | |
| Scenariusz symulacyjny |  | | |
| Rok |  | | |
| Ilość studentów |  | | |
|  | | | |
| Grupa wiekowa, płeć symulatora |  | | |
| Preferowana pracownia: | **Techniczna** | **Symulacyjna** | |
|  |  | |
| Sala do debriefingu | BRAK MOŻLIWOŚCI REZERWACJI PRACOWNI DO DEBRIEFINGU | Dla max 8 osób | Dla większej grupy |
|  |  |
| System audio-video | BRAK MOŻLIWOŚCI REZERWACJI SYSTEMU AUDIO-VIDEO | Nagrywanie | Transmisja na żywo |
|  |  |
|  | | | |
| Wykorzystanie monitora pacjenta |  | | |
| Potrzebne funkcje symulatora/ fantomu/ trenażera |  | | |
|  | | | |
| Sprzęt |  | | |
| Umeblowanie |  | | |
| Drobny sprzęt, jednorazówka (**ilość i szczegółowy opis**) |  | | |
| Dodatkowe wyposażenie |  | | |
|  | | | |
| Pomoc technika podczas zajęć |  | | |
| Obecność aktora |  | | |
| Inne (m.in. rozmieszczenie sprzętu na sali) |  | | |
|  |  | | |
| Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia | | Numer telefonu do kontaktu | |
|  | |  | |

Proszę zgłaszać zapotrzebowanie na sprzęt nie później niż dwa dni robocze przed zajęciami