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