

## Anexo 1. Hoja de ruta para la creación de una actividad en el CSM.

### 1. PLANIFICACIÓN DOCENTE

Responsable: **Coordinadora de grado.**

#### Título del Caso

Dirigido a	
OBJETIVOS	
NARRACIÓN DEL CASO	
PREPARACIÓN DE LA ESCENA	
PLANIFICACIÓN DESARROLLO ESCENARIO	
Briefing	
Desarrollar escenario	
NOTAS PARA EL INSTRUCTOR	
Orientar ambiente Contrato de ficción Confidencialidad	
PLAN DE DEBRIEFING	
Necesidad de grabación Sala. Distribución Cuestiones potenciales	
OTROS	

## 2. PLANIFICACIÓN GENERAL

Responsable: **Gestora del CSM.**

Fecha petición:	
Profesor/a responsable de la actividad:	
Datos de contacto (correo electrónico y teléfono):	
Interno / Externo Facultad	
Departamento:	
Nombre de la actividad:	
Duración de cada sesión de la actividad:	
Fechas de impartición y horario propuesto:	
Número de grupos:	
Número de alumnos por grupo:	

### Recursos necesarios (marcar casilla)

Personal: **Facilitador (explicación de las posibilidades de las salas, maniquís y debriefing):**

- Antes de la actividad
- Durante la actividad
- Después de la actividad

Personal: **Técnico (manejo sistema audiovisual y grabación):**

- Antes de la actividad
- Durante la actividad
- Después de la actividad

Personal: **Estandarizado:**

- Paciente estandarizado
- Enfermera
- Acompañante
- Paciente real

Material: **Sistema audiovisual:**

- Grabación sonido
- Grabación de varios videos por sesión
- Visualización de la grabación en directo
- Visualización de la grabación posterior a la actuación de los alumnos
- Envío de los videos a correo electrónico

Otros \_\_\_\_\_

**Material: Salas:**

- Sala Polivalente 1 (capacidad 10-12 personas)
- Sala Polivalente 2 (capacidad 10-12 personas)
- Sala Polivalente 3 (capacidad 10-12 personas)
- Sala Polivalente 4 (capacidad 10-12 personas)
- Consulta (capacidad 7 personas)
- Sala Debriefing (capacidad máxima 7 personas)
- Box de urgencias 1 (capacidad máxima 7 alumnos)
- Box de urgencias 2 (capacidad máxima 7 alumnos)

Material necesario (escriba de forma detallada el material fungible necesario para la actividad docente, incluyendo el atrezzo de la sala si fuera preciso):



Comentarios adicionales que considere necesarios para un correcto funcionamiento de la actividad:



*Se informa de que esta es una solicitud. El cumplimiento de la solicitud no implica que la reserva vaya a ser exactamente lo que se propone, puede haber modificaciones o cambios dependiendo de la ocupación de las salas y de otros problemas. La Gestora del Centro le confirmará por mail cual es la propuesta aprobada.*

### 3. PLANIFICACIÓN TÉCNICA

Responsable: Técnicos en simulación.

#### Plantilla diseño y desarrollo de escenarios

Título del escenario:	
Responsable del escenario:	

Ha recibido formación

Sí  No

**Resumen breve del argumento o tema principal del escenario** (no más de dos frases).

**Comienzo del escenario**

\*Quien y como les orientará a los alumnos en el inicio del escenario. **Briefing**

**Cuerpo del escenario:**

**Estado inicial**

\*Marque los valores que necesite para su escenario:

**Monitorización inicial**

**Opciones del simulador activas**

**Empeoramiento del paciente:**

SpO2: FC: RITMO. TENSIÓN: TEMPERATURA; FR: CO2:	Ojos: abiertos, medio abiertos, cerrados Líquidos: Sudor, espuma boca, secreción nasal, secreción lagrimal, orina.
---	---

**Mejora del paciente:**

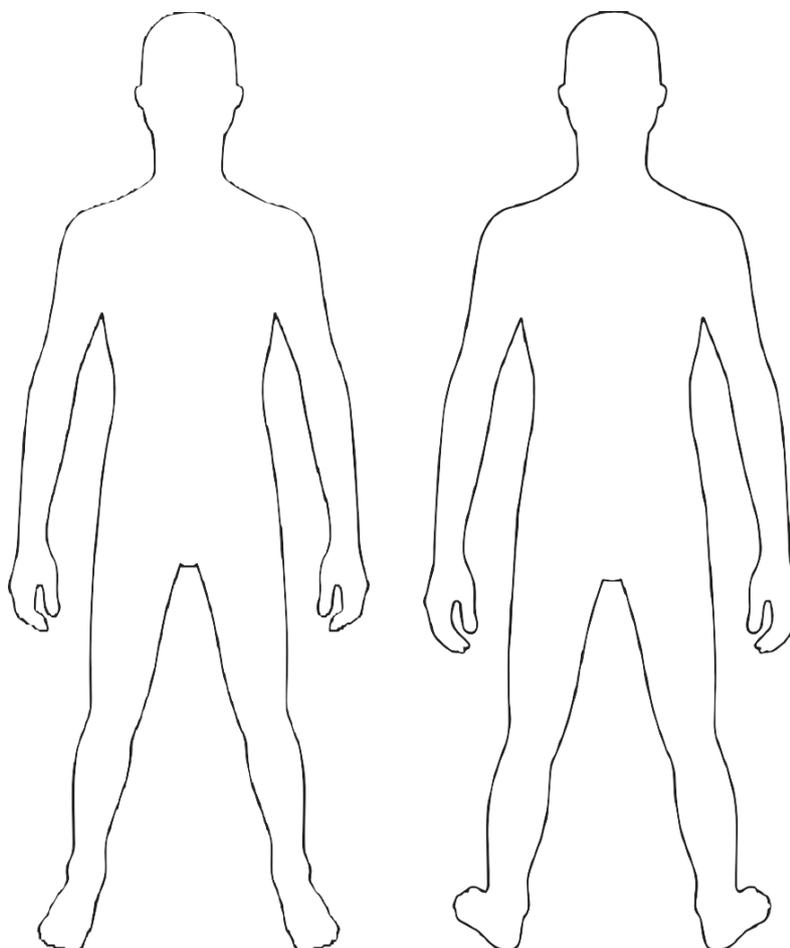
SpO2: FC: RITMO. TENSIÓN: TEMPERATURA; FR: CO2:	Ojos: abiertos, medio abiertos, cerrados Líquidos: Sudor, espuma boca, secreción nasal, secreción lagrimal, orina.
---	---

**Fin del escenario:**

Indique como finalizará el escenario. Como extraerá a los participantes del escenario.

**Localización de los accesorios y maquillaje en el cuerpo del paciente:**

Marque la parte del cuerpo e incluya indicaciones en el espacio disponible para indicar donde quiera colocar vendas, heridas, quemaduras...



Indicaciones:



**Fármacos y fluidos necesarios:**

Especifique aquellos fármacos y/o fluidos necesarios para el desarrollo de escenario.

Nombre del fármaco/fluido	Tamaño de jeringa/bolsa

**Localización del paciente:**

Indique en qué tipo de espacio se encuentra el paciente:

Habitación de planta	
Box de urgencias	
Quirófano	
Consulta	
Paritorio	
Domicilio	
Otros (especifique la localización)	

**Equipos adicionales:**

Monitor	
Carro de parada (material oxigenoterapia, intubación y desfibrilador)	
Desfibrilador	
Perfusor	
Respirador	
Carros con instrumental de partos	
Carro de constantes	

**Otras cosas de interés:**

--