



**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ  
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ**

**ОРГАНИЗУЈЕ КУРС КМЕ**

**АКУТНИ АБДОМЕН (А. А.)**

**Амфитеатар Медицинског факултета у Крагујевцу  
20. 11. 2011. године**

**Сатница предавања:**

<b>09<sup>30</sup> – 10<sup>00</sup></b>	Регистрација учесника
<b>10<sup>00</sup> – 10<sup>30</sup></b>	Улазни тест
<b>10<sup>30</sup> – 11<sup>15</sup></b>	Етиологија и семиологија (узроци и врсте) А.А., проф. др Зоран Матовић
<b>11<sup>15</sup> – 12<sup>00</sup></b>	Патоанатомски и патофизиолошки процеси у А.А., проф. др Драган Чановић
<b>12<sup>00</sup> – 12<sup>45</sup></b>	Дијагностика и диференцијална дијагностика А.А., проф. др Зоран Матовић
<b>12<sup>45</sup> – 13<sup>30</sup></b>	Алгоритми и скорови у А.А., проф. др Драган Чановић
<b>13<sup>30</sup> – 14<sup>15</sup></b>	Лечење А.А., мр Драгче Радовановић
<b>14<sup>15</sup> – 15<sup>00</sup></b>	Грешке у дијагнози и лечењу А.А., мр Драгче Радовановић
<b>15<sup>00</sup> – 15<sup>45</sup></b>	Вежба - пропедевтичка обука, сви предавачи
<b>15<sup>45</sup> – 16<sup>30</sup></b>	Вежба - дијагностика, сви предавачи
<b>16<sup>30</sup> – 17<sup>00</sup></b>	Завршни тест, анкета о квалитету семинара, додела сертификата

**ТРАЈАЊЕ ПРОГРАМА И АКРЕДИТОВАН БРОЈ ПОЕНА:**

Курс траје један радни дан, са укупно 6 часова активне наставе

На основу одлуке Здравственог савета број 153-02-1685/2011-02 од 17. 05. 2011. године, евиденциони број А-1-2323/11, курс је акредитован са 6 бодова за слушаоце.

**КОНТАКТ:**

**Телефон:** (034) 306-800 лок. 131, **Факс:** (034) 306 800 лок. 112,

**e-mail:** kme@medf.kg.ac.rs

**Котизација:** 3.000,00 Котизацију уплатити на жиро рачун Медицинског факултета у Крагујевцу 840-1226666-19, позив на број 97 05 20112011

Копију пријаве и уплате послати на факс (034) 306 800 лок. 112. Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације.

**ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ**

Пријављујем се за семинар:

**НАЗИВ СЕМИНАРА:** \_\_\_\_\_

**ПРЕЗИМЕ:** \_\_\_\_\_

**ИМЕ:** \_\_\_\_\_

**УСТАНОВА:** \_\_\_\_\_

**АДРЕСА:** \_\_\_\_\_

**ПОШТАНСКИ БРОЈ:** \_\_\_\_\_

**ГРАД:** \_\_\_\_\_

**ТЕЛЕФОН:** \_\_\_\_\_

**ФАКС:** \_\_\_\_\_

**ЕМАИЛ:** \_\_\_\_\_

**ПОТПИС:** \_\_\_\_\_

**ДАТУМ:** \_\_\_\_\_

**БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ:** \_\_\_\_\_