



**ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ**

организује курс

**Ентерална и парентерална исхрана критично оболелих
пацијената**

**Плава сала „проф. др Љубиша Аћимовић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
24. 02. 2018. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 9,30 - 10,30** Регистрација учесника и улазни тест
- 10,30-11,00** Основи метаболизма органских материја: протеина, масти и угљених хидрата
Предавање: Доц. др Олгица Михаљевић
- 11,0-11,30** Енергетски аспекти метаболизма хранљивих материја
Предавање: Доц. др Олгица Михаљевић
- 11,30-12,00** Нутритивна потпора критично оболелих и клиничке последице неадекватног уноса нутријената („refeeding“ синдром)
Предавање: Др сци. мед. Данијела Јовановић
- 12,00-12,15** Пауза
- 12,15-13,00** Фармаконутриција и микронутријенти – лековити препарати
Интерактивна вежба: Проф. др Драган Миловановић
- 13,10-13,45** Ентерална и парентерална исхрана критично оболелих – лековити препарати
Интерактивна вежба: Др Сци. мед. Данијела Јовановић
- 13,45-14,45** Решавање клиничких проблема: приказ болесника из праксе јединице за лечење критично оболелих
Рад у групи: Др сци. Мед. Данијела Јовановић, Доц. др Олгица Михаљевић,
Проф. др Драган Миловановић
- 14,45-15,15** Излазни тест

Одлуком Здравственог савета Србије од 28.12.2016. године, евиденциони број А-1-564/17, КУРС
ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 8 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 4 БОДА ЗА ПОЛАЗНИКЕ
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, ФАРМАЦЕУТИ, БИОХЕМИЧАРИ

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

Тел: 034/306-800, лок. 131, Е-mail: kme@medf.kg.ac.rs;

Site: <http://www.medf.kg.ac.rs>

Котизацију у износу од 4.000,00 динара уплатити на жиро рачун
ФАКУЛТЕТА МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ Број: 840-1226666-19,
позив на број: 97 97-24022018

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112

Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације учесника

ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за курс:

НАЗИВ КУРСА: _____

ПРЕЗИМЕ: _____

ИМЕ: _____

УСТАНОВА: _____

АДРЕСА: _____

ПОШТАНСКИ БРОЈ: _____

ГРАД: _____

ТЕЛЕФОН: _____

ФАКС: _____

ЕМАИЛ: _____

ПОТПИС: _____

ДАТУМ: _____

БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ: _____