



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

организује курс

**Физикална терапија и рехабилитација пацијената
са дијабетесном полинеуропатијом**

**Плава сала
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
21. 12. 2014. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 09,00 - 10,00** Регистрација учесника и улазни тест
- 10,00 - 11,00** *Diabetes mellitus*: епидемиологија, дефиниција, класификација, еволуција, дијагностика и терапија
Предавање: проф. др Александар Ђукић
- 11,00 - 11,10** Пауза
- 11,10 - 12,10** Хроничне микроваскуларне компликације дијабетеса: дефиниција, подела, етиопатогенеза, најзначајнији клинички облици
Предавање: проф. др Александар Ђукић
- 12,10 - 12,20** Пауза
- 12,20 - 13,20** Значај примене физикалне терапије на редукцију бола код дијабетичара са дијабетесном полинеуропатијом
Предавање: др Весна Грбовић
- 13,20 - 13,30** Пауза
- 13,30 - 14,30** Процена функционалности код дијабетичара са дијабетесном полинеуропатијом
Предавање: др Весна Грбовић
- 14,30 - 14,40** Пауза
- 14,40 - 15,40** Квалитет живота дијабетичара са полинеуропатијом - специфични мерни инструменти
Предавање: доц. др Александра Јуришић-Шкевин

15,40 - 16,10 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-1979/2014-01, евиденциони број А-1-1805/14, од 18. 08. 2014. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 4 БОДА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ

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:

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112 или Е-mail: kme@medf.kg.ac.rs;

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: _____