



МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ, УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

ИНХАЛАЦИОНИ РАСПРШИВАЧИ И АЕРОСОЛ

20. новембар 2011. године, Плава сала, Медицински факултет,
Крагујевац

ПРОГРАМ РАДА СЕМИНАРА

- 10:00 – 10:15 **Улазни тест** Шта знамо о аеросолу и распршивачима?
- 10:15 – 11:00 **Предавање** Савремена знања о инхалационој терапији?
Проф.др Анђелка Стојковић
- 11:00 – 11:45 **Предавање** Савремена знања о идеалном распршивачу?
Проф.др Анђелка Стојковић
- 11:45 – 12:00 **Демонстрација вештина** Демонстрација технике распршивања
разним распршивачима
Проф.др Анђелка Стојковић
- 12:00 – 12:30 **Практична вежба** Демонстрација технике распршивања разним
распршивачима
- 12:30 – 13:00 ПАУЗА
- 13:00 – 13:45 **Едукација пацијента**
Проф.др Анђелка Стојковић
- 13:45 – 14:00 **Излазни тест** Шта смо научили о аеросолу и распршивачима?

Предавач: Проф.др Анђелка Стојковић, ванредни професор Медицинског факултета
у Крагујевцу, педијатар-пулмолог

Циљ курса 1. предности инхалационе терапије у току лечења респираторних болести доњих и горњих дисајних путева
2. преглед карактеристика разних распршивача који се користе за инхалациону терапију у деце и одраслих
3. препознавање инхалационог распршивача сходно узрасту детета и његовим психофизичким способностима
4. препознавање инхалационог распршивача сходно врсти и карактеристикама лека за распршивање
5. регрутовати едукаторе за едукацију пацијената за инхалациону терапију код куће
Курс је акредитован са 3 бода за полазнике
Место: Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу
Време: 20. новембар 2011. године, Крагујевац

КОНТАКТ:

Телефон: (034) 306-800 лок. 131 Фах: (034) 306 800 лок. 112,
е-mail: kme@medf.kg.ac.rs.

Котизација: 3.000,00 динара

Котизацију уплатити на жиро рачун Медицинског факултета у Крагујевцу [840-1226666-19], модел [97] позив на број [04 26112011]
Копију пријаве и уплате факсирати на (034) 306 800 лок. 131
Оригинал пријаве и уплате доставити приликом регистрације

Курс је акредитован са 3 бода за полазнике

ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за семинар:

ПРЕЗИМЕ: _____
ИМЕ: _____
УСТАНОВА: _____
АДРЕСА: _____
ПОШТАНСКИ БРОЈ: _____ ГРАД: _____
ТЕЛЕФОН: _____
ФАКС: _____
Е-mail: _____
ПОТПИС: _____ ДАТУМ: _____

Молим, пошаљите информације о семинару мом колеги:

Број лиценце: _____