



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА
Центар за континуирану медицинску едукацију

ОРГАНИЗУЈЕ КУРС КМЕ

КОНТРОЛА РЕФРАКТОРНЕ АСТМЕ У ДЕЦЕ

Амфитеатар „ Проф. др Милосав Костић“
Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
04. 05. 2012. године

Сатница предавања:

10³⁰ – 10⁴⁵	Регистрација учесника
10⁴⁵ – 11⁰⁰	Улазни тест
11⁰⁰ – 11³⁰	Шта знамо о рефракторним астмама у деце? Евалуација курса, учесници курса
11³⁰ – 12¹⁰	Бронхијална астма и гастроезофагеални рефлукс проф. др Биљана Вулетић
12¹⁰ – 12⁵⁰	Астма као клиничка експресија феномена инсулинске резистенције доц. др Славица Марковић
12⁵⁰ – 13³⁰	Еозинофилне и не-еозинофилне рефракторне астме у деце проф. др Анђелка Стојковић
13³⁰ – 14¹⁰	Дискусија
14¹⁰ – 14⁴⁰	Пауза
14⁴⁰ – 15¹⁰	Пулмолошка радионица у виду приказа случаја и дискусије на тему: ГЕР и астма у деце проф. др Биљана Вулетић
15¹⁰ – 15⁴⁰	Пулмолошка радионица у виду приказа случаја и дискусије на тему: Инсулинска резистенција и астма у деце доц. др Славица Марковић
15⁴⁰ – 16¹⁰	Пулмолошка радионица у виду приказа случаја и дискусије на тему: Рефракторне астме у деце проф. др Анђелка Стојковић
16¹⁰ – 16⁴⁰	Шта смо научили о рефракторним астмама у деце Евалуација курса, учесници курса
16⁴⁰ – 17⁰⁰	Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

ТРАЈАЊЕ ПРОГРАМА И АКРЕДИТОВАН БРОЈ ПОЕНА:

Курс траје један радни дан, са укупно 4,40 часова активне наставе.
На основу одлуке Здравственог савета број 153-02-321/2012-01 од 01. 03. 2012. године,
евиденциони број А-1-621/2012, курс је акредитован са 3 бода за слушаоце
и 5 бодова за предаваче.

ЦИЉНА ГРУПА: Лекари, Фармацеути, Биохемичари, Медицинске сестре, Здравствени техничари

КОНТАКТ:

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

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

Котизација: 4.000,00 динара. Котизацију уплатити на жиро рачун Медицинског факултета у Крагујевцу [840-1226666-19], позив на број [97] [05 04052012]

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: _____