



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

**организује курс**

**КРВАРЕЊА ИЗ ГИТ-А**

**Плава сала  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
06. 04. 2013. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**09,30 - 10,00 Регистрација учесника**

**10,00 - 10,30 Улазни тест**

**10,30 - 11,15 Етиологија и семиологија (узроци и врсте) крварења из ГИТ-а  
Предавање: Проф. др Зоран Матовић**

**11,15 - 12,00 Патоанатомија и патофизиологија крварења из ГИТ-а  
Предавање: Проф. др Драган Чановић**

**12,00 - 12,45 Ендоскопска дијагностика крварења и горњих партија ГИТ-а  
Предавање: Проф. др Зоран Матовић**

**12,45 - 13,00 Пауза**

**13,00 - 13,45 Алгоритми и скорови код крварења из ГИТ-а и у хеморагијском шоку  
Предавање: Проф. др Драган Чановић**

**13,45 – 14,30 Лечење крварења из горњих партија ГИТ-а  
Предавање: Доц. др Драгче Радовановић**

**14,30 – 15,15 Лечење крварења из доњих партија ГИТ-а  
Предавање: Доц. др Драгче Радовановић**

**15,15 – 15,30 Пауза**

**15,30 – 16,15 Пропедевтичка обука  
Вежбе: Сви предавачи**

**16,15 – 17,00** Ендоскопска дијагностика  
Вежбе: Сви предавачи

**17,00 – 17,30** Завршни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-3563/2012-01, евиденциони број А-1-2866/12, од 15. 11. 2012. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**  
**ЦИЉНА ГРУПА : ЛЕКАРИ**

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:

Тел: 034/306-800, лок. 131, Е-mail: [kme@medf.kg.ac.rs](mailto: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

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:** \_\_\_\_\_