



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

**СУБАРАХНОИДАЛНА ХЕМОРАГИЈА,
ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ**

**Амфитеатар „Проф. др Милосав Костић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
10. 05. 2014. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 08,30 - 09,00** Регистрација учесника и улазни тест
- 09,00 - 10,00** Клиничка слика *САХ-а*
Предавање: доц. др Радивоје Николић
- 10,00 – 11,30** Дијагностика *САХ-а*
Предавање: проф. др Милан Мијаиловић
- 11,30 – 11,45** Пауза
- 11,45 – 13,00** Медикаментозна терапија код *САХ-а*
Предавање: проф. др Слободан Јанковић
- 13,00 – 14,30** Ендоваскуларни терапијски третман *САХ-а*
Предавање: доц. др Снежана Лукић
- 14,30 – 14,45** Пауза
- 14,45 – 15,45** Неурохируршки терапијски третман *САХ-а*
Предавање: доц. др Радивоје Николић
- 15,45 - 16,15** Излазни тест, анкета учесника и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-535/2014-01, евиденциони број А-1-810/14, од 03. 03. 2014. године, КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА 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

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: _____