



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ,
организује

СЕМИНАР
ВИРУСНИ ХЕПАТИТИСИ
-АКТУЕЛНОСТИ, ИСКУСТВА И
ДИЛЕМЕ

КРАГУЈЕВАЦ, 16. мај 2010.
АМФИТЕАТАР МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА
ПРОГРАМ РАДА СЕМИНАРА

Регистрација учесника: 16. мај, 2010. год., од 10⁰⁰ – 10¹⁵

ПРИСТУПНИ ТЕСТ: 10¹⁵ – 10³⁰

ПРЕДАВАЊА:

- 10³⁰ – 11⁰⁰ **Етиологија и епидемиологија вирусних хепатитиса.**
Проф. др Љиљана Нешић (Медицински факултет у Крагујевцу)
- 11⁰⁰ – 11³⁰ **Хепатитис Ц вирусна инфекција-патогенеза, природни ток и клиничко испољавање.**
Проф. др Предраг Чановић (Медицински факултет у Крагујевцу)
- 11³⁰ – 11⁴⁵ Пауза
- 11⁴⁵ – 12¹⁵ **Хепатитис Б вирусна инфекција-патогенеза, природни ток и клиничко испољавање**
Проф. др Олгица Гајовић (Медицински факултет у Крагујевцу)
- 12¹⁵ – 12⁴⁵ **Лабораторијска дијагностика вирусних хепатитиса.**
Проф. др Зоран Годоровић (Медицински факултет у Крагујевцу)
- 12⁴⁵ – 13¹⁵ ПАУЗА
- 13¹⁵ – 13⁴⁵ **Терапија и превенција хроничног хепатитиса Б.**
Доц. др Жељко Мијаиловић (Медицински факултет у Крагујевцу)
- 13⁴⁵ – 14¹⁵ **Терапија и превенција хроничног хепатитиса Ц.**
Доц. др Жељко Мијаиловић (Медицински факултет у Крагујевцу)

ЗАВРШНИ ТЕСТ: 14¹⁵ – 14⁴⁵

ДОДЕЛА СЕРТИФИКАТА: 14⁴⁵ – 15⁰⁰

ЦИЉ СЕМИНАРА:

Циљ курса је да полазнике упозна са природним током, дијагнозом, терапијом и профилаксом акутних и хроничних вирусних хепатитиса

Курс је намењен свим заинтересованим здравственим радницима.

Сви ПОЛАЗНИЦИ КУРСА ће ДОБИТИ МАТЕРИЈАЛ СА ПРЕДАВАЊИМА, А СЕРТИФИКАТ ће БИТИ БОДОВАН ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ У СКЛАДУ СА ПРАВИЛНИКОМ КОЈИ ЈЕ ПРОПИСАЛО МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА.

Котизацију у износу од 3000 динара уплатити на жиро рачун
МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ

Број: 840-1226666-19, позив на број:

97

41 1610510

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112

Оригинал уплате доставити приликом регистрације учесника

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: 064 – 167-59-86

Тел: 034/306-800, лок. 131, 034/335-572

Е-mail: mijailovic@sbb.rs

Site: <http://www.medf.kg.ac.rs>

ПРИЈАВА ЗА УЧЕШЋЕ

Пријављујем се за семинар:

ПРЕЗИМЕ: _____

ИМЕ: _____

УСТАНОВА: _____

АДРЕСА: _____

ПОШТАНСКИ БРОЈ: _____ ГРАД: _____

ТЕЛЕФОН: _____

ФАКС: _____

Е-маил: _____

ПОТПИС: _____ ДАТУМ: _____

Рок за достављање пријаве за учешће: 12. мај 2010.

Адреса:

**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ
Светозара Марковића 69
34 000 Крагујевац, Србија**