



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

**организује курс**

**КАРОТИДНА БОЛЕСТ: ДИЈАГНОСТИКА И ТЕРАПИЈСКИ ТРЕТМАНИ**

**Плава сала**

**Факултета медицинских наука у Крагујевцу**

**11. 07. 2015. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**08,30 - 09,00 Регистрација учесника и улазни тест**

**09,00 - 09,45 Анатомија и варијетети у артеријској циркулацији врата  
Предавање: проф. др Милан Мијаиловић**

**09,45 – 10,30 Савремена имидинг дијагностика и дигитална субтракциона ангиографија  
код каротидне болести  
Предавање: проф. др Милан Мијаиловић**

**10,30 – 10,45 Пауза**

**10,45 – 11,00 Артеријски плак на каротидним артеријама  
Предавање: проф. др Милан Мијаиловић**

**11,00 – 12,00 Минимално инвазивно лечење каротидне болести-ангиопластика и  
стентирање  
Предавање: доц. др Снежана Лукић**

**12,00 – 13,30 Савремени медикаментозни приступи у лечењу каротидне болести  
Предавање: проф. др Небојша Анђелковић**

**13,30 – 13,45 Пауза**

**13,45 – 14,30 Ендоваскуларно лечење инфаркта мозга, као компликације каротидне  
болести  
Предавање: доц. др Снежана Лукић**

**14,30 -15,45 Неурохируршко лечење инфаркта мозга, као компликације каротидне болести  
Предавање и рад у групи: доц. др Радивоје Николић**

**15,45 -16,30 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата**

Одлуком Здравственог савета Србије од 27. 05. 2015. године, евиденциони број А-1-1221/15,  
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](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: 

|    |             |
|----|-------------|
| 97 | 54 11072015 |
|----|-------------|

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: \_\_\_\_\_