



**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ УНИВЕРЗИТЕТА У КРАГУЈЕВЦУ
ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ**

ОРГАНИЗУЈЕ КУРС КМЕ

**КЛИНИЧКЕ ЕВАЛУАЦИЈЕ АЛЕРГИЈА
ПРЕДЊЕГ И ЗАДЊЕГ СЕГМЕНТА ОКА**

**Амфитеатар Медицинског факултета у Крагујевцу
31. 03. 2012. године**

Сатница предавања:

09⁰⁰ – 10¹⁵	Регистрација учесника
10¹⁵ – 10³⁰	Уводна реч организатора курса Проф. др Мирјана А. Јанићијевић Петровић
10³⁰ – 11¹⁵	Серпигинозна хороидопатија и хеликоидна перипапиларна дегенерација – сличности и разлике Проф. др Светислав Миленковић
11¹⁵ – 12⁰⁰	Алергијски кератоконјунктивитиси Проф. др Мирјана А. Јанићијевић Петровић
12⁰⁰ – 12⁴⁵	Контактни дерматитиси код антиглаукомне топикалне терапије Доц. др Сунчица Срећковић
12⁴⁵ – 13⁰⁰	Пауза
13⁰⁰ – 13⁴⁵	Анафилактичке реакције изазване препаратима у офталмолошкој дијагностици и терапији Доц. др Ненад Петровић
13⁴⁵ – 14³⁰	Лајелов синдром и алергијске реакције на лекове Доц. др Татјана Шаренац
14³⁰ – 15⁰⁰	Алергијски риноконјунктивитиси Др. Светлана Пауновић
15⁰⁰ – 18⁰⁰	Дискусија и решавање клиничких проблема
18⁰⁰ – 19⁰⁰	Излазни тест, евалуација курса и додела сертификата
19⁰⁰ – 20⁰⁰	Коктел

ТРАЈАЊЕ ПРОГРАМА И АКРЕДИТОВАН БРОЈ ПОЕНА:

Курс траје један радни дан, са укупно 10 часова активне наставе.

На основу одлуке Здравственог савета број 153-02-321/2012-01 од 01. 03. 2012. године, евиденциони број А-1-610/2012, курс је акредитован са 6 бодова за слушаоце и 12 бодова за предаваче.

КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН САМО ЗА ЛЕКАРЕ

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] [06 31032012]

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: _____