



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

организује курс

**ОСТЕОПОРОЗА: ЕТИОЛОГИЈА, ПАТОГЕНЕЗА,
ФАКТОРИ РИЗИКА, ДИЈАГНОСТИЧКЕ МЕТОДЕ
И ТЕРАПИЈСКИ ПРИСТУП**

**Плава сала
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
08. 12. 2012. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 09,00 - 09,30** Регистрација учесника и приступни тест
- 09,30 - 10,15** Етиологија и патогенеза остеопорозе
Предавање: Доц. др Александра Томић Лучић
- 10,15 - 11,00** Фактори ризика за развој остеопорозе
Предавање: Доц. др Александра Томић Лучић
- 11,00 - 11,15** Пауза
- 11,15 - 12,00** Упознавање са процедурама за дијагнозу остеопорозе
Предавање: Др Снежана Јовановић
- 12,00 - 12,45** Одређивање фрактурног ризика помоћу FRAX индекса и његов значај
Семинар: Асс. Др Мирјана Веселиновић
- 12,45 - 13,00** Пауза
- 13,00 - 13,45** Упознавање са биохемијским маркерима коштаног метаболизма
Предавање: Доц. др Сандра Живановић
- 13,45 – 14,00** Пауза
- 14,00 – 14,45** Упознавање са принципима терапије остеопорозе
Предавање: Проф. др Милан Петронијевић

14,45 – 15,30 Значај одговарајуће примене суплемената калцијума и **D** витамина у терапији остеопорозе

Предавање: Проф. др Милан Петронијевић

15,30 – 16,00 Дискусија

Сви предавачи

16,00 – 16,30 Завршни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-2444/2012-01, евиденциони број А-1-2392/12, од 16. 08. 2012. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 4 БОДА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**
ЦИЉНА ГРУПА : ЛЕКАРИ и ФАРМАЦЕУТИ

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: _____