



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА
Центар за континуирану медицинску едукацију

ОРГАНИЗУЈЕ КУРС КМЕ

ПЕДИЈАТРИЈСКА КАРДИОПУЛМОНАЛНА РЕАНИМАЦИЈА

Амфитеатар „Проф. др Милосав Костић“
Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
13. 05. 2012. године

Сатница предавања:

08 ³⁰ – 09 ⁰⁰	РЕГИСТРАЦИЈА УЧЕСНИКА
09 ⁰⁰ – 09 ³⁰	УЛАЗНИ ТЕСТ
09 ³⁰ – 10 ³⁰	Базична кардиопулмонална реанимација после новорођеначког периода Проф. др Јасмина Кнежевић
10 ³⁰ – 10 ⁴⁰	ПАУЗА
10 ⁴⁰ – 11 ⁴⁰	Проширена животна потпора деце и поремећаји ритма Проф. др Јасмина Кнежевић
11 ⁴⁰ – 11 ⁵⁰	ПАУЗА
11 ⁵⁰ – 12 ⁵⁰	Основни принципи реанимације новорођенчета Прим. Др сци. мед. Татјана Николић
12 ⁵⁰ – 13 ⁰⁰	ПАУЗА
13 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰	Специфичности збрињавања незрелог новорођенчета Прим. Др сци. мед. Татјана Николић
14 ⁰⁰ – 14 ²⁰	ПАУЗА
14 ²⁰ – 15 ²⁰	Процена кардиореспираторне адаптације на рођењу и хемодинамског статуса терминског и претерминског новорођенчета Мр Др сци. Мирослава Костић Тодоровић
15 ²⁰ – 15 ³⁰	ПАУЗА
15 ³⁰ – 16 ³⁰	Транспорт витално угрожене новорођенчади -по реанимацији и стабилизацији Мр Др сци. Мирослава Костић Тодоровић
16 ³⁰ – 16 ⁴⁰	ПАУЗА
16 ⁴⁰ – 17 ⁰⁰	ИЗЛАЗНИ ТЕСТ И АНКЕТА
17 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰	Вежбе на тренажерима
18 ⁰⁰	ДОДЕЛА СЕРТИФИКАТА

ТРАЈАЊЕ ПРОГРАМА И АКРЕДИТОВАН БРОЈ ПОЕНА:

Курс траје један радни дан, са укупно 7 часова активне наставе
На основу одлуке Здравственог савета број 153-02-321/2012-01 од 01. 03. 2012. године,
евиденциони број А-1-619/2012, курс је акредитован са 6 бодова за слушаоце
и 12 бодова за предаваче

ЦИЉНА ГРУПА:

Лекари, стоматолози, фармацеути, медицинске сестре и здравствени техничари

КОНТАКТ:

Телефон: (034) 306-800 лок. 131, **Факс:** (034) 306 800 лок. 112,

e-mail: kme@medf.kg.ac.rs

Котизација: 4.000,00 Котизацију уплатити на жиро рачун Медицинског факултета у Крагујевцу
[840-1226666-19], позив на број [97] [52 13052012]

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: _____