



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

**организује курс**

**ПРИМЕНА НОВИХ ОРАЛНИХ АНТИКОАГУЛАНАСА У КАРДИОЛОГИЈИ**

**Амфитеатар „проф. др Милосав Костић“  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
28. 11. 2015. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**14,05 - 14,20 Регистрација учесника и улазни тест**

**14,20 - 15,05** Витамин К зависни *OAK* и *NOACS*, фармакокинетика, индикације и контраиндикације  
Предавање: асс. др Рада Вучић

**15,05 - 15,50** *NOACS* у невалвуларној атријалној фибрилацији и кардиоверзији  
Предавање: проф. др Виолета Ирић Ђупић

**15,50 - 16,35** *NOACS* у емболији плућа и малигнитетима  
Предавање: асс. др Иван Симић

**16,35 - 16,50** Пауза

**16,50 - 17,35** *NOACS* у исхемијској болести срца (АКС и стабилна ангина пекторис)  
Предавање: доц. др Владимир Здравковић

**17,35 - 18,20** *NOACS* у болесника са бубрежном инсуфицијенцијом и актуелна истраживања  
Предавање: доц. др Горан Давидовић

**18,20 - 19,05** *NOACS* код пацијената који иду на хируршку интервенцију, аблацију, свичовање  
Предавање: асс. др Рада Вучић

**19,05 - 19,50** Контрола, компликације и интерреакције *NOACS* са другим лековима  
Предавање: асс. др Иван Симић

**19,50 - 20,05** Пауза

**20,05 - 21,05** Прикази случаја  
асс. др Рада Вучић, асс. др Иван Симић

**21,05 - 21,20** Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 18. 08. 2015. године, евиденциони број А-1-2147/15, КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 11 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ  
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ, БИОХЕМИЧАРИ,  
МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.

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:

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: \_\_\_\_\_