



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

**организује курс**

**САВРЕМЕНИ ДИЈАГНОСТИЧКО-ТЕРАПИЈСКИ ПРИСТУП ВИТАЛНО  
УГРОЖЕНОМ НОВОРОЂЕНЧЕТУ**

**Плава сала „проф. др Љубиша Аћимовић“  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
15. 10. 2016. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

- 08,30 - 09,15** Регистрација учесника и улазни тест
- 09,15 - 10,15** Новине у примарној реанимацији новорођеног детета  
Предавање: доц. др Александра Симовић
- 10,15 - 11,15** Постреанимационо збрињавање новорођенчета  
Предавање: асс. др Драгана Савић
- 11,15 - 11,30** Пауза
- 11,30 - 12,30** Перинатална асфиксија: примена биохемијских маркера у раној дијагнози,  
прогнози и терапијској стратегији  
Предавање: доц. др Александра Симовић
- 12,30 - 13,30** Нове перспективе у превенцији и терапији РДС-а тежег степена  
Предавање: асс. др Драгана Савић
- 13,30 - 13,45** Пауза
- 13,45 - 14,45** Исхрана витално угроженог новорођенчета: ентерални и парентерални  
приступ  
Предавање: проф. др Биљана Вулетић
- 14,45 – 15,45** Дискусија  
Рад у малој групи. Сви предавачи
- 15,45 – 16,15** Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 03. 03. 2016. године, евиденциони број А-1-429/16,  
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ  
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ, ЗДРАВСТВЕНИ ТЕХНИЧАРИ.  
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	34 15102016
----	-------------

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: \_\_\_\_\_