



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

организује курс

**ТЕРАПИЈСКИ И ФАРМАКОЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ ХРОНИЧНЕ
ИНФЛАМАТОРНЕ БОЛЕСТИ ЦРЕВА**

**Плава сала „проф. др Љубиша Аћимовић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
19. 11. 2016. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

12,30 - 13,00 Регистрација учесника и улазни тест

**13,00 - 14,00 Инфламаторна болест црева – етиологија, патогенеза, основни принципи
лечења
Предавање: доц. др Марина Костић**

**14,00 - 15,00 Примена стандардне терапије у лечењу инфламаторне болести црева,
ефикасност и фармакоекономски аспекти
Предавање: проф. др Јасмина Миловановић**

**15,00 - 16,00 Примена биолошке терапије у лечењу инфламаторне болести црева. Нове
терапијске смернице у лечењу инфламаторне болести црева
Предавање: доц. др Марина Костић**

16,00 - 16,15 Пауза

**16,15 - 17,15 Фармакокинетика лекова који се користе у терапији инфламаторне болести
црева
Предавање: проф. др Јасмина Миловановић**

**17,15 - 18,15 Фармакоекономија хроничних болести
Предавање: проф. др Слободан Јанковић**

**18,15 - 19,15 Фармакоекономски аспекти лечења инфламаторне болести црева
Предавање: проф. др Слободан Јанковић**

**19,15 - 20,15 Дискусија
доц. др Марина Костић**

20,15 - 20,45 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 03. 03. 2016. године, евиденциони број А-1-422/16,
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, 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:

97	71 19112016
----	-------------

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: _____