



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

организује курс

**КАРАКТЕРИСТИКЕ ХОМЕОПАТСКОГ ЛЕЧЕЊА И ХОМЕОПАТСКИХ
ЛЕКОВА**

**Зелена сала „проф. др Славољуб Стевановић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
19. 11. 2016. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

09,00 - 09,15 Регистрација учесника и улазни тест

09,15 - 10,15 Особености хомеопатског третмана – основе, анамнеза и ток лечења.
Разликовање појава: побољшање, излечење, палијација (*proving*), хомеопатско
погоршање, доказивање
Предавање: проф. др Снежана Цупара

10,15 - 10,45 Специфичности припреме хомеопатског лека
Предавање: асс. др сци. мед. Оливера Миловановић

10,45 - 11,00 Пауза

11,00 - 11,30 Фактори који утичу на квалитет хомеопатског лека током његове употребе и
чувања. Саветовање пацијената који користи хомеопатски лек
Предавање: асс. др сци. мед. Оливера Миловановић

11,30 - 12,30 Једнокомпонентни и вишеккомпонентни хомеопатски лекови – разлике у
саставу и деловању, начин дозирања
Предавање: проф. др Снежана Цупара

12,30 - 13,30 Дискусија
асс. др сци. мед. Оливера Миловановић

13,30 - 13,45 Пауза

13,45 - 14,15 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 03. 03. 2016. године, евиденциони број А-1-426/16,
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 5 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 3 БОДА ЗА ПОЛАЗНИКЕ

ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ, БИОХЕМИЧАРИ, МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ, ЗДРАВСТВЕНИ ТЕХНИЧАРИ, ВЕТЕРИНАРИ.

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: _____