



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

организује курс

**САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ ДИЈАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИЈЕ СЕНИЛНЕ
ДЕГЕНЕРАЦИЈЕ МАКУЛЕ**

**Плава сала „проф. др Љубиша Аћимовић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
02. 04. 2016. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

09,30 - 10,00 Регистрација учесника

**10,00 - 10,30 Уводна реч организатора курса и улазни тест
Доц. др Ненад Петровић**

**10,30 - 11,15 Етиологија и патофизиолошки механизми настанка сенилне дегенерације
макуле
Предавање: проф. др Мирјана А. Јанићијевић Петровић**

**11,15 - 12,00 Клиничке форме сенилне дегенерације макуле; савремени класификациони
системи
Предавање: проф. др Светлана Јовановић**

**12,00 – 12,45 Дијагностичке технике за откривање и праћење сенилне дегенерације макуле
Предавање: асс. др Татјана Шаренац Вуловић**

12,45 – 13,15 Пауза

**13,15 - 14,00 Терапијске могућности превенције и лечења сенилне дегенерације макуле
Предавање: доц. др Ненад Петровић**

**14,00 - 14,45 Савремене клиничке препоруке за интравитреалну примену инхибитора
Васкуларног Ендотелијаног Фактора Раста у третману сенилне дегенерације
макуле
Предавање: доц. др Сунчица Срећковић**

**14,45 - 15,45 Формирање малих радних група – рад у групама на клинички изабраним
приказима, решења актуелне проблематике кроз дискусије, предлоге,
сугестије, искуства и закључке
Сви предавачи**

15,45 - 16,30 Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 18. 08. 2015. године, евиденциони број А-1-2150/15,
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:

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: _____