



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

**организује курс**

**АНТИМИКРОБНА РЕЗИСТЕНЦИЈА И РАЦИОНАЛНА ТЕРАПИЈА – У  
СВЕТЛУ НОВИХ САЗНАЊА**

**Амфитеатар „проф. др Милосав Костић“  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
13. 02. 2016. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

- 09,30 - 10,00** Регистрација учесника и улазни тест
- 10,00 - 11,00** Интерреакције антимикуробних лекова  
Предавање: проф. др Драган Миловановић
- 11,00 - 12,00** Рационална антибиотска терапија респираторних инфекција – пут ка превенцији резистенције  
Предавање: проф. др Олгица Гајовић
- 12,00 - 13,00** Савремена терапија цревних инфекција – изазови у лечењу клостридијум дифициле колитиса  
Предавање: проф. др Зоран Тодоровић
- 13,00 - 14,00** Терапија хроничног хепатитиса Ц у светлу нових сазнања  
Предавање: проф. др Жељко Мијаиловић
- 14,00 - 14,30** Пауза
- 14,30 - 15,30** Рационална антиретровирусна терапија и нежељени ефекти  
Предавање: проф. др Предраг Чановић
- 15,30 - 16,30** Савремен дијагностички и терапијски приступ гљивичних инфекција – са посебним освртом на кандиду  
Предавање: проф. др Љиљана Нешић
- 16,30 - 17,30** Решавање клиничких проблема  
Рад у групи : проф. др Олгица Гајовић и проф. др Зоран Тодоровић
- 17,30 - 18,30** Излазни тест, анкета о квалитету курса и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије од 17. 11. 2015. године, евиденциони број А-1-2742/15,  
КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ  
ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ.

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	24 13022016
----	-------------

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: \_\_\_\_\_