



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

**организује курс кме**

***Chlamydia trachomatis* као узрочник секундарног стерилитета**

**Плава сала  
Факултета медицинских наука у Крагујевцу  
15. 11. 2014. године**

**ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**09,30 - 10,15 Регистрација учесника и улазни тест**

**10,15 - 11,00 Опште карактеристике *C. trachomatis*. Патогенеза стерилитета изазваног *C. trachomatis*  
Предавање: проф. др Дејан Баскић**

**11,00 – 11,45 Епидемиолошке карактеристике полно преносивих болести и инфекција изазваних *C. trachomatis*  
Предавање: Др сц. Зорана Ђорђевић**

**11,45 - 12,30 Стерилитет, подела, етиологија  
Предавање: проф. др Предраг Саздановић**

**12,30 - 13,15 Клиничка слика и лечење инфекција и последичног стерилитета изазваног *C. trachomatis*  
Предавање: проф. др Предраг Саздановић**

**13,15 - 13,45 Пауза**

**13,45 - 14,30 Дијагноза инфекција изазваних *C. trachomatis*  
Предавање: проф. др Дејан Баскић**

**14,30 - 15,15 Превенција инфекција изазваних *C. trachomatis*  
Предавање: Др сц. Зорана Ђорђевић**

**15,15 - 16,15 Клинички случајеви: приказ  
Решавање клиничких проблема: Сви предавачи**

**16,15 - 17,00 Излазни тест, анкета учесника и додела сертификата**

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-4068/2013-01, евиденциони број А-1-2864/13, од 15. 11. 2013. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**  
**Циљна група: ЛЕКАРИ, ФАРМАЦЕУТИ, БИОХЕМИЧАРИ, 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:

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112 или Е-mail: [kme@medf.kg.ac.rs](mailto:kme@medf.kg.ac.rs)

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: \_\_\_\_\_