



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

организује курс кме

ОБОЉЕЊА ПРОСТАТЕ

**Амфитеатар „Проф. др Милосав Костић“
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
09. 11. 2013. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 09,30 - 10,00 Регистрација учесника и улазни тест знања полазника**
- 10,00 - 10,45** Ембриологија, морфоанатомија и физиологија простате. Регулација раста простате.
Предавање: доц. др Добривоје Стојадиновић
- 10,45 – 11,30** БПХ – етиопатогенеза, патоанатомске промене и клиничке манифестације
Предавање: доц. др Мирослав Стојадиновић
- 11,30 - 12,15** БПХ – дијагноза, компликације и лечење
**Предавање, приказ случаја:
доц. др Мирослав Стојадиновић**
- 12,15 - 12,30** Пауза
- 12,30 - 13,15** Етиологија, епидемиологија и патологија карцинома простате. „Grading and staging“ и туморски маркери карцинома простате
Предавање: доц. др Миодраг Аћимовић
- 13,15 - 14,00** Клиничка слика, дијагноза и лечење карцинома простате
**Предавање, приказ случаја:
доц. др Миодраг Аћимовић**
- 14,00 - 14,45** Запаљења простате
Предавање: доц. др Добривоје Стојадиновић
- 14,45 - 15,00** Излазни тест знања полазника и анкета о квалитету

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-3563/2012-01, евиденциони број А-1-2865/12, од 15. 11. 2012. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 4 БОДА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**
Циљна група: ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ И БИОХЕМИЧАРИ

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 17 09112013

Копију пријаве и уплате послати на факс: 034/306-800, лок. 112 или Е-mail: 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: _____