



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

организује курс

**ПРЕДНОСТ И НЕДОСТАЦИ ТЕРАПИЈСКЕ ПРИМЕНЕ
МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА**

**Плава сала
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
25. 10. 2014. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

09,30 - 10,00 Регистрација учесника

10,00 - 10,30 Улазни тест

**10,30 - 11,30 Ембрионалне матичне ћелије: регенеративни потенцијал и могућности
терапијске примене
Предавање: проф. др Миодраг Стојковић**

11,30 - 11,45 Пауза

**11,45 - 12,45 Индуковане плурипотентне матичне ћелије: изолација, пропација
и терапијска примена
Предавање: проф. др Миодраг Стојковић**

12,45 - 13,00 Пауза

**13,00 - 14,00 Мезенхималне матичне ћелије: имуномодулаторне карактеристике
и потенцијал за диференцијацију
Предавање: доц. др Владислав Воларевић**

14,00 - 14,15 Пауза

**14,15 - 15,15 Терапијска примена мезенхималних матичних ћелија
Предавање: доц. др Владислав Воларевић**

15,15 - 16,00 Пауза

16,00 - 17,00 Матичне ћелије и микросредина тумора, улога матичних ћелија у расту и метастазирању тумора
Предавање: доц. др Биљана Љујић

17,00 - 17,15 Пауза

17,15 - 18,15 Предности и недостаци криопрезервације матичних ћелија
Предавање: доц. др Биљана Љујић

18,15 - 19,00 Излазни тест, анонимна анкета учесника и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-1979/2014-01, евиденциони број А-1-1270/14, од 19. 05. 2014. године, **КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ**
ЦИЉНА ГРУПА : ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ, ФАРМАЦЕУТИ, БИОХЕМИЧАРИ, МОЛЕКУЛАРНИ БИОЛОЗИ

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 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: _____