



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

САВРЕМЕНА ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ КАРЦИНОМА ПЛУЋА

**Плава сала
Факултета медицинских наука у Крагујевцу
21. 06. 2014. године**

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

09,00 - 09,30 Регистрација учесника

09,30 - 10,00 Улазни тест знања полазника

**10,00 - 11,00 Значај раног откривања и правовременог лечења карцинома плућа
Предавање: проф. др Слободан Милисављевић**

**11,00 – 12,00 Карцинома плућа - епидемиологија, етиологија и превенција
Предавање: проф. др Милена Илић**

**12,00 – 13,00 Инвазивне дијагностичке и терапијске процедуре у збрињавању карцинома плућа
Предавање: проф. др Марина Петровић**

13,00 – 13,30 Пауза

**13,30 – 14,30 Хируршко лечење карцинома плућа
Предавање: проф. др Слободан Милисављевић**

**14,30 – 15,30 Хемиотерапија код карцинома плућа
Предавање: асс. мр сци. мед. др Александар Даговић**

**15,30 – 16,30 Радиотерапија код карцинома плућа
Предавање: асс. мр сци. мед. др Александар Даговић**

**16,30 – 17,30 Терапијска достигнућа молекуларне терапије у лечењу NSCLC
Предавање: проф. др Марина Петровић**

**17,30 – 18,00 Дискусија
Рад у групи: Сви предавачи**

18,00 - 19,00 Излазни тест знања полазника, анкета учесника и додела сертификата

Одлуком Здравственог савета Србије 153-02-1979/2014-01, евиденциони број А-1-1268/14, од 19. 05. 2014. године, КУРС ЈЕ АКРЕДИТОВАН СА 12 БОДОВА ЗА ПРЕДАВАЧЕ И 6 БОДОВА ЗА ПОЛАЗНИКЕ

ЦИЉНА ГРУПА: ЛЕКАРИ

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	50 21062014
----	-------------

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: _____