

Informazioni generali

Segreteria Scientifica

Stefano Ciaffoni

Unità Operativa Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e di Microbiologia
Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"

Segreteria Organizzativa

Ufficio Formazione

Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
Via Don A. Sempreboni, 5 - 37024 Negrar Verona
Tel. 045.6013208 - Fax 045.7500480
ufficio.formazione@sacrocuore.it
www.sacrocuoredoncalabria.it

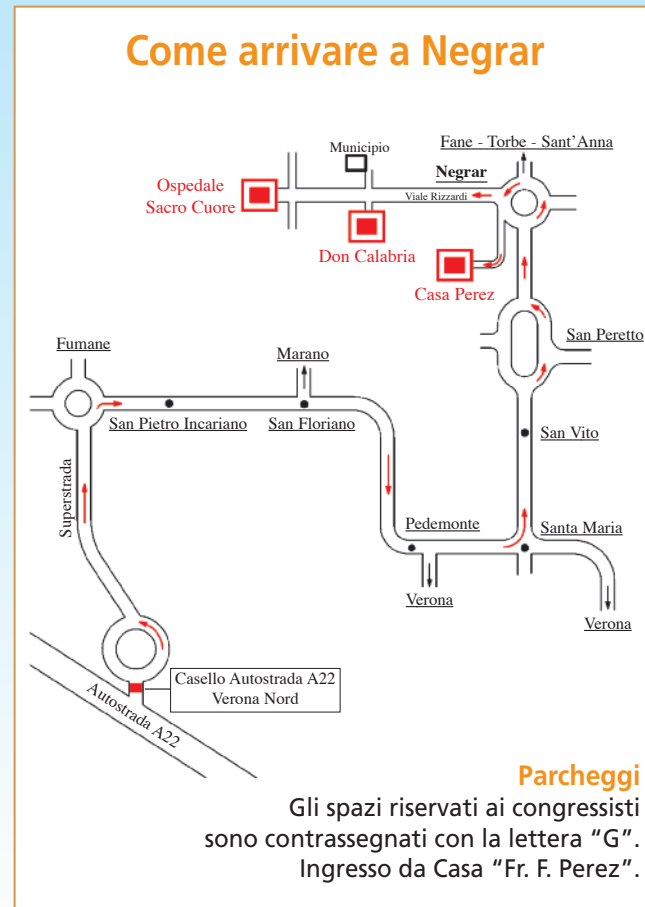
ECM

Provider: Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria".
È stata inoltrata richiesta di accreditamento al Ministero della Salute al fine del conseguimento dei crediti formativi riservati a n. 40 medici, n. 10 infermieri e n. 10 tecnici sanitari di laboratorio.

Modalità di partecipazione

La partecipazione è gratuita ma subordinata all'invio della scheda di iscrizione entro il 20 giugno 2010.

All'atto dell'iscrizione si prega di verificare la disponibilità dei posti.

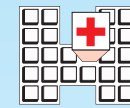


Guardia Medica

È stata richiesta l'anticipazione del servizio di Guardia Medica per i MMG dell'ULSS 22.

Con la partecipazione di

SANOI - AVENTIS



Ospedale
"Sacro Cuore - Don Calabria"

Chirurgia
e manovre invasive
durante terapia
anticoagulante orale
ed antiaggregante

Venerdì 25 giugno 2010

SEDE: Sala Convegni "Fr. F. Perez"
Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
Negrar - Verona



Programma

13.30 Introduzione
S. CIAFFONI

1^a SESSIONE

14.00 Linee guida
A. TURRINI

15.00 Il punto di vista del medico di base
S. PENNA

15.45 Il punto di vista del cardiologo
E. BARBIERI

16.30 Il punto di vista dell'anestesista
L. GIACOPUZZI

2^a SESSIONE

17.30 Il punto di vista dell'endoscopista
M. BENINI

18.15 Il punto di vista del neurologo
C. BIANCONI

19.00 Discussione

20.00 Conclusioni e compilazione
questionario ECM

Relatori e moderatori

E. Barbieri	Negrar (VR)
M. Benini	Negrar (VR)
C. Bianconi	Negrar (VR)
S. Ciaffoni	Negrar (VR)
L. Giacopuzzi	Negrar (VR)
S. Penna	Bussolengo (VR)
A. Turrini	Negrar (VR)

Scheda di iscrizione
(da inviare alla Segreteria Organizzativa per e-mail o fax)

**Chirurgia e manovre invasive
durante terapia anticoagulante
orale ed antiaggregante**

VENERDÌ 25 GIUGNO 2010

Cognome _____

Nome _____

Professione _____

Eventuale disciplina _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

E-mail _____

Ai sensi D.lgs 196/03 Le comunichiamo che i Suoi dati personali verranno trattati ai fini organizzativi e non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi.

