

Sede del corso

Ospedale Privato Accreditato Sol et Salus
Via San Salvador, 204
47812 Rimini - Torre Pedrera

Segreteria Organizzativa

Prima di effettuare il versamento è necessario inviare la scheda di iscrizione via fax al n. 0541/725229, la segreteria contatterà i richiedenti per confermare la disponibilità ed approvare il versamento.

Il pagamento può avvenire tramite bonifico bancario intestato a:

Sol et Salus S.p.A.

Banca Carim S.p.A. – Agenzia di Torre Pedrera

IBAN IT33 Y 06285 24251 CC 0515048590

Specificando obbligatoriamente nella causale del versamento: nome, cognome e titolo del corso.

Si prega di spedire la copia del versamento bancario unitamente alla scheda di iscrizione compilata in tutte le sue voci; per il rilascio della fattura è necessario indicare l'esatto codice fiscale o numero di Partita IVA ed il relativo indirizzo fiscale.

I partecipanti dipendenti delle AUSL che usufruiscono del rimborso della quota di partecipazione e anticipano la somma, per ottenere l'esenzione IVA* devono specificare:

- Sul bonifico alla voce "per conto di" l'esatta denominazione della propria Azienda
- Sulla scheda di iscrizione i dati fiscali dell'Azienda

*in rif. all'ART. 10 DPR 26/10/72, N°637 come previsto da ART. 14 Comma 10 - Legge N°537 del 24/12

Le domande di iscrizione dovranno pervenire entro e non oltre il 30 settembre 2008.

Il criterio di ammissione sarà quello di ordine di arrivo delle richieste di partecipazione. In caso di eccedenza di richieste agli interessati verrà rimborsata la quota per intero.

N.B. La somma non verrà restituita a chi rinuncia dopo il 15 settembre 2008

Quota di iscrizione

Importo € 75,00 + IVA (€ 90,00)

La quota di iscrizione comprende:

- Materiale didattico
- Attestato ECM
- Coffee break



ORGANIZZA IL CORSO:

**IL LABORATORIO DI
COAGULAZIONE**

11 Ottobre 2008

Destinatari: Biologi, Medici e Tecnici di
Laboratorio

N. Massimo di partecipanti: 30



Crediti ECM: In fase di accreditamento

Obiettivi del corso

Far acquisire ai partecipanti competenze relativamente a:

- ◆ variabili pre analitiche
- ◆ diagnosi
- ◆ interpretazioni degli esami di laboratorio di coagulazione di I e II livello

I partecipanti acquisiranno competenze attinenti alle implicazioni terapeutiche degli esami di laboratorio, particolarmente quando impiegati nel monitoraggio di trattamenti farmacologici.

Metodologia

Il corso è strutturato in 1 giornata di 8 ore di attività didattico - formativa.

Docenti

Alfonso Iorio: Dirigente Medico di I livello di Medicina Interna presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Ricercatore presso la facoltà di Medicina Università di Perugia.

Programma

11 Ottobre 2008

09.00 – 10.00: fisiopatologia della coagulazione

10.00 – 11.00: le sindromi emorragiche e trombotiche

11.00 – 12.00: il mix test e il dosaggio dei fattori

12.00 – 13.00: la ricerca degli anticorpi inibitori (test Bethesda, ricerca del LAC)

14.00 – 15.00: il dosaggio degli anticoagulanti naturali

15.00 – 16.00: il laboratorio e la diagnosi di malattia emorragica

16.00 – 17.00: il laboratorio e la diagnosi di trombofilia

17.00 – 18.00: il laboratorio nel monitoraggio delle terapie attive sulla coagulazione.

18.00 – 18.30: Test di apprendimento

Come arrivare alla sede del corso

In Auto:

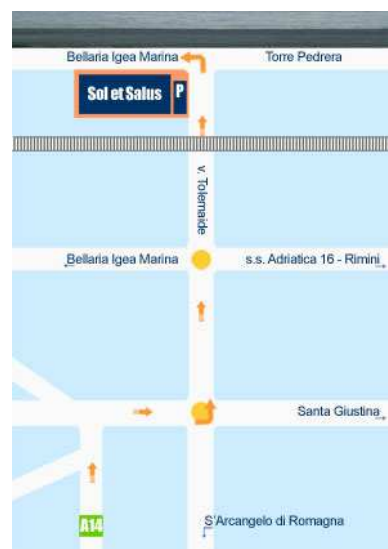
2 Km dall'uscita di Rimini Nord autostrada A 14
6 Km dalla città di Rimini

In treno:

la stazione ferroviaria più vicina è quella di torre Pedrera

In autobus:

dalla Stazione ferroviaria partono gli autobus della linea 4 (Rimini S. Mauro Mare) che fermano proprio davanti all'Ospedale Privato Accreditato



Modulo di iscrizione

Da inviare via fax allo 0541- 725229 presso La Sol et Salus S.p.A.

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

Il _____

Indirizzo _____

_____ CAP _____

Città _____ Prov _____

CF _____

Data e Luogo di nascita _____

Tel _____ Cell _____

e-mail _____

Qualifica _____

P.IVA _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo ente _____

La fattura deve essere intestata a: (da compilare sempre, anche nei caso di privati che pagano in proprio)

Nome e Cognome/Ente _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Prov _____ CF _____

P.IVA _____

Si richiede la cortesia di riempire il modulo nella sua interezza

In adempimento al Decreto Legislativo 196/2003 sulla tutela dei dati personali informiamo che i vostri dati sono trattati nell'ambito della normale attività commerciale.

Firma
