INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL CORSO

Hotel Da Vinci
Viale Togliatti,153
50059 Vinci, Sovigliana (FI)
www.hotelda-vinci.it

ISCRIZIONE

Il Corso è a numero chiuso ed è riservato a 10 partecipanti

L'iscrizione comprende:
- partecipazione ai lavori
- attestato di frequenza
- attestato ECM (agli aventi diritto)
- coffee break

L'iscrizione è subordinata all'invio della scheda acclusa e sarà accettata fino ad esaurimento della disponibilità di posti. La segreteria organizzativa, confermerà per iscritto, l'avvenuta accettazione della scheda.

Rif. E.C.M. 489 - 37694
n. 5 crediti
Professione: Medico-Chirurgo
Disciplina: Medicina Generale

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dott. Mario Filippelli
U.O.C. Medicina Interna
Ospedale di Empoli

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

mcr conference

Via Finlandia, 26 50126 Firenze
Tel. 055 4364475 Fax 055 4222505
Email: info@mcrconference.it
www.mcrconference.it

CON IL SUPPORTO NON CONDIZIONATO DI

gsk GlaxoSmithKline

In copertina:
Pablo Picasso "Grande natura morta", 1931

Programma Scientifico

GESTIONE IN APPROPRIATEZZA DEL PAZIENTE BPCO

Hotel Da Vinci
Vinci, Sovigliana (FI)
10 OTTOBRE 2012

18.30 Presentazione del corso

DIAGNOSI DI BPCO

19.00 Gli indicatori chiave
M. Filippelli

19.15 **VALUTAZIONE DI GRAVITA' DELLA BPCO**
Grado di ostruzione bronchiale:
la spirometria
- perché fare la spirometria
- come eseguire la spirometria
- come interpretare i risultati
il rischio di riacutizzazioni
valutazione dei sintomi: il questionario cat
M. Filippelli

19.55 Discussione

20.10 Coffee break

TERAPIA IN FASE STABILE

20.40 **TERAPIA FARMACOLOGICA**
Le linee guida della regione toscana 2011 e
le linee guida gold 2011
M. Filippelli

21.10 **TERAPIA NON FARMACOLOGICA**
- ossigenoterapia
- la riabilitazione
M. Filippelli

21.30 Discussione

RIACUTIZZAZIONE DI BPCO

21.45 Come valutare la gravità

22.10 Opzione terapeutiche

22.30 Discussione

22.45 Verifica del questionario E.C.M.

23.00 Chiusura dei lavori

SCHEDA DI ISCRIZIONE

GESTIONE IN APPROPRIATEZZA DEL PAZIENTE BPCO

10 OTTOBRE 2012

Si prega di compilare la scheda in stampatello in tutte le sue parti

Cognome.....

Nome.....

C.F. .....

Indirizzo .....

.....

Città.....

Provincia..... CAP.....

Tel.....

Fax.....

E-mail.....

Professione.....

Disciplina.....

L'interessato al trattamento dei dati dichiara di aver preso piena conoscenza dell'informativa resa disponibile mediante il sito www.mcrconference.it e acconsente al trattamento dei propri dati personali per l'invio di comuncazioni commerciali anche elettroniche relative a nuove iniziative curate da MCR Conference S.r.l.

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

Data..... Firma.....

Da inviare alla Segreteria Organizzativa
MCR Conference S.r.l.
(fax 055 4222505 - email: info@mcrconference.it)