

Evento promosso da SIMG GENOVA



**Essere Medici di Medicina Generale Oggi:
cicli di Conferenze di Aggiornamento proposte da SIMG Genova**

CORSO MILLEWIN E PATOLOGIE CRONICHE

Dedicato ad utenti che hanno una buona conoscenza di Millewin ed adoperano il programma in modalità "Problema obbligatorio"

Aula informatica SLIMET- Piazza della Vittoria 12/20, Genova

Giovedì 8 novembre 2012, ore 20:30 – 22:30

- Ore 20:20 -20:30 Registrazione dei partecipanti
- Ore 20:30 -21:00 Presentazione del Corso e obiettivi formativi : V. Messina
- Ore 21:00-22:00 Caso Clinico: **BPCO** Gestione della patologia con l'aiuto della cartella clinica Millewin : A Scala
- Ore 22:00-22:30 Discussione : A. Scala, V. Messina

Giovedì 15 novembre 2012, ore 20.30 – 22.30

- Ore 20:20-20:30 Registrazione dei partecipanti
- Ore 20:30-21:00 Presentazione del corso e obiettivi formativi : A. Macrì
- Ore 21:00-22:00 Caso clinico: **Scompenso cardiaco** Gestione della patologia con l'aiuto della cartella clinica Millewin: A Scala
- Ore 22:00-22:30 Discussione : A. Scala, A. Macrì

Giovedì 29 novembre 2012, ore 20:30-22:30

- Ore 20:20-20:30 Registrazione dei partecipanti
- Ore 20:30-21:00 Presentazione del corso e obiettivi formativi : P Bini
- Ore 21:00-22:00 Caso clinico: **Diabete mellito** Gestione della patologia Con l'aiuto della cartella clinica Millewin: A Scala
- Ore 22:00-22:30 Discussione: A. Scala, P. Bini
- Ore 22.30 – 22.45 Test finale

Responsabili Scientifici: A SCALA- V MESSINA- A MACRI'- P BINI

Il Corso, per cui è stato richiesto l'accreditamento ECM, è gratuito.
La configurazione didattica dell'aula permette la partecipazione di 20 persone

Per info: Segreteria Organizzativa : Tel. 010589891
iscrizioni Sito www.slimet.it - fimmge@libero.it Fax n° 010564758

Corso Millewin e patologie croniche

Genova, Novembre 2012

Scheda iscrizione (fax n° 010564758)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Cod. Fiscale (scrivere chiaramente)

Residente a _____ (Prov. _____) CAP _____

Via _____

Qualifica Professionale: _____

Specializzazione: _____

Rapporto di lavoro (barrare con x)

Dipendente _____ Convenzionato _____ Libero
professionista _____

N. Tel. _____ N. Cell. _____

E-mail

N.B.: Si prega compilare tutti i campi. Grazie.