

**Struttura di Formazione**

**Provider Regionale n. 52**

**DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DI CASO CLINICO DI NEOPLASIA POLMONARE AVANZATA:**

**IMPLICAZIONI BIOETICHE**

**20 MAGGIO 2017**

**AULA RADIOTERAPIA OSPEDALI RIUNITI FOGGIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORARIO | RELAZIONI | RELATORI |
| 08.30 – 09.30 | Approccio multidisciplinare al cancro del polmone | Prof. F. Sollitto |
| 09.30 – 10.00 | Valutazione funzionale respiratoria | Dr. D. Lacedonia |
| 10.00 – 10.30 | Il cardiologo e il test cardiorespiratorio: indicazioni | Dr. V. Manuppelli |
| 10.30 – 11.00 | Il contributo del medico nucleare nello studio preoperatorio del paziente | Dr. S. Modoni |
| 11.00 – 11.30 | Il rapporto comunicativo tra chirurgo e anatomo patologo: radicalità chirurgica | Dr.ssa F. Sanguedolce |
| 11.30 – 12.00 | L’oncologo e la flow-chart terapeutica del tumore del polmone localmente avanzato | Dr. M. Di Bisceglie |
| 12.00 – 12.30 | Discussione | Tutti i relatori |
| 12.30 – 13.00 | Questionario ECM e chiusura dei lavori | Prof. F. Sollitto |

***Responsabile Scientifico Prof. Francesco Sollitto***

***Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Giulia Pacella***

***Evento accreditato per Medico Chirurgo, Infermiere (50 partecipanti; 4 crediti ECM)***

***Per informazioni e iscrizioni:***

***Struttura Formazione OO.RR. Foggia Dott.ssa Michelina Crisetti***

***mail*** [***mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it***](mailto:mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it)***; tel. 0881736259***

**Struttura Formazione**

1Class



**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO FORMATIVO RESIDENZIALE**

\* Cognome

\* Nome

\* Luogo e data di nascita

\* Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Unità Operativa

\* Ente di appartenenza

**\* Dipendente □ \* Libero professionista □ \* Convenzionato □ \* Privo di occupazione □**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza  \* N.

\* CAP \* Località \* Provincia

\* Telefono \* Cellulare

\* Posta elettronica

\*Evento Formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE DI CASO CLINICO DI NEOPLASIA POLMONARE AVANZATA: IMPLICAZIONI BIOETICHE**

**Date: 20 MAGGIO 2017**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA RADIOTERAPIA**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA*

|  |
| --- |
| **È NECESSARIO COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO**  **\* DATI OBBLIGATORI PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM (IN MANCANZA DEI QUALI GLI STESSI NON POTRANNO ESSERE RILASCIATI)** |

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Struttura di Formazione al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato progetto formativo regionale, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*FIRMA*