

**MANAGEMENT DELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO**

**OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA STRUTTURA DI ENDOCRINOLOGIA**

**16 MARZO 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **RELAZIONI** | **RELATORI** |
| 14.30 – 15.00 | MANAGEMENT DELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO | PROF.SSA O. LAMACCHIA |
| 15.00 – 15.30 | ANTIDIABETICI ORALI E NUOVI FARMACI A MODALITÀ INIETTIVA | DOTT.SSA E. LAUDADIO |
| 15.30 – 16.00 | TERAPIA INSULINICA | PROF.SSA O. LAMACCHIA |
| 16.00 – 16.30  | DISCUSSIONE | PROF.SSA O. LAMACCHIADOTT.SSA E. LAUDADIO |
| 16.30 – 17.00 | EDUCAZIONE ALIMENTARE E STILE DI VITA | DOTT.SSA S. FARIELLO |
| 17.15 – 17.45 | EDUCAZIONE ALIMENTARE E STILE DI VITA | DOTT.SSA L. MONACO |
| 17.45 – 18.15 | AUTOMONITORAGGIO E GESTIONE DELL’IPER ED IPOGLICEMIA | INF. M. ROBERTO |
| 18.15 – 18.45 | AUTOMONITORAGGIO E GESTIONE DELL’IPER ED IPOGLICEMIA | INF. A. RUSSO |
| 18.45 – 19.00 | DISCUSSIONE | TUTTI I RELATORI |
| 19.00 – 19.30 | COMPILAZIONE QUESTIONARIO ECM E CHIUSURA DEI LAVORI  | PROF.SSA O. LAMACCHIA |

Responsabile Scientifico: Prof. Olga Lamacchia

Segreteria Organizzativa. Dott.ssa Ester Daniela Laudadio

*Progetto formativo aziendale accreditato per Infermiere*

*(20 partecipanti; 6,5 crediti formativi ECM).*

*Per informazioni e iscrizioni: Dott.ssa Michelina Crisetti Struttura Formazione Azienda Ospedaliero – Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia. Tel. 0881/736259;*

*mail: mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it*

**Struttura Formazione**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE**

\* Cognome

\* Nome

\* Luogo e data di nascita

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

\* Unità Operativa

\* Ente di appartenenza

**\* Dipendente □ \* Convenzionato □**

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

\* **Indirizzo privato**

\* Via/Piazza  \* N.

\* CAP \* Località \* Provincia

\* Telefono \* Cellulare

\* Posta elettronica

**Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a: MANAGEMENT DELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO**

**Data: 16/03/2018**

**Sede: OSPEDALI RIUNITI FOGGIA – AULA STRUTTURA DI ENDOCRINOLOGIA**

**La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Il Partecipante Il Coordinatore Il Direttore di Struttura**

 **(firma leggibile e timbro)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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*