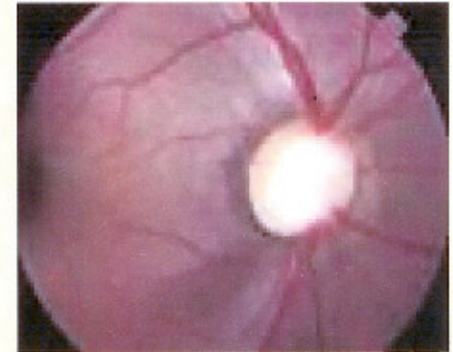


Sede del Corso:

ICON Medical Center
Via L. Rizzo, 8 Milano

Responsabile Scientifico
e Segreteria Scientifica
Dr Claudio Lucchini
Tel. Tel. 02.38005605
Fax. 02.38008037
Email: ludoc@ludoc.it

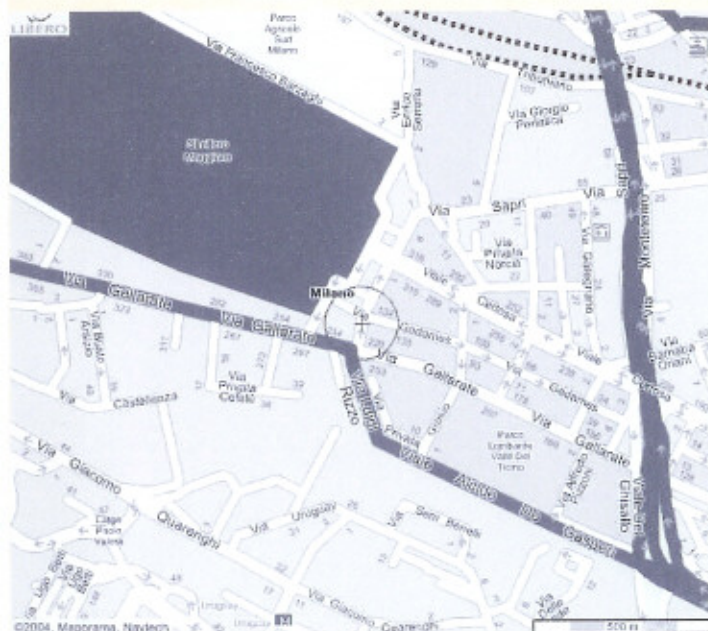


Segreteria Organizzativa e Provider ECM
EVENTI S.r.l. • P.tta Azzani, 3 27100 Pavia
Tel. 0382.53.91.06 Fax 0382.30.60.84
www.e20pr.com
Email: info@e20pr.com

**"GLAUCOMA: DIAGNOSI E
TRATTAMENTO"**

Sono stati richiesti al Ministero della Sanità i
crediti formativi per la Formazione Medica
Continua secondo la norma vigente

Milano, 1 giugno 2007



PROGRAMMA DEL CORSO:

9:00-9.30	GDX Dott.ssa E. Porta	15.30-16.00	Selezione chirurgica del paziente glaucomatoso Dott.ssa S. Prandoni
9.30-10.00	OCT vs OCT/SLO Dott.ssa M. Blini	16.00-16.30	Limiti e complicanze della Chirurgia perforante Dott.ssa S. Prandoni
10.00-10.30	HRT III Dott. P. Fogagnolo	16.30-17.00	Gestione post-chirurgica del Paziente Dott. M. Riva
10.30-11.00	Coffee break	17.00-18.00	Discussione-Compilazione ECM
11.00-11.30	Tecniche diagnostiche a confronto Dott.ssa M. Blini	<p>Il corso si propone di valutare le più aggiornate apparecchiature diagnostiche, la terapia e le tecniche chirurgiche nella cura del glaucoma. Il corso prevede una parte dedicata alla didattica e una parte dedicata alla video chirurgia per la valutazione, tramite filmati, delle tecniche chirurgiche.</p>	
11.30-12.00	Neuroprotezione nel glaucoma Dott. D. Rusciano		
12.00-12.45	Discussione	<p>Relatori Dott.ssa Mirella Blini Dott. Mauro Cassinerio Dott. Paolo Fogagnolo Dott.ssa Elisabetta Porta Dott.ssa Simona Prandoni Dott. Marco Riva Dott. Dario Rusciano</p>	
12.45-14.00	Lunch		
14.00-14.30	Sclerectomia profonda Dott. M. Cassinerio		
14.30-15.00	Trabeculectomia Dott. M. Riva		
15.00-15.30	Tecniche chirurgiche a confronto Dott. M. Cassinerio		

SCHEDA D'ISCRIZIONE
"GLAUCOMA: DIGNOSI E TRATTAMENTO"
Milano, 1 giugno 2007

Nome*

Cognome*

C.F.*

Indirizzo casa

CAP* Città.....

E-mail

Ente/Istituto.....

Indirizzo ente.....

CAP Città

Tel.*

Cell.*

Nato a*il*

Professione*

Disciplina*

La sottoscrizione del presente modulo autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione del D.Lgs. 196/2003.

Data

Firma

* dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM