

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

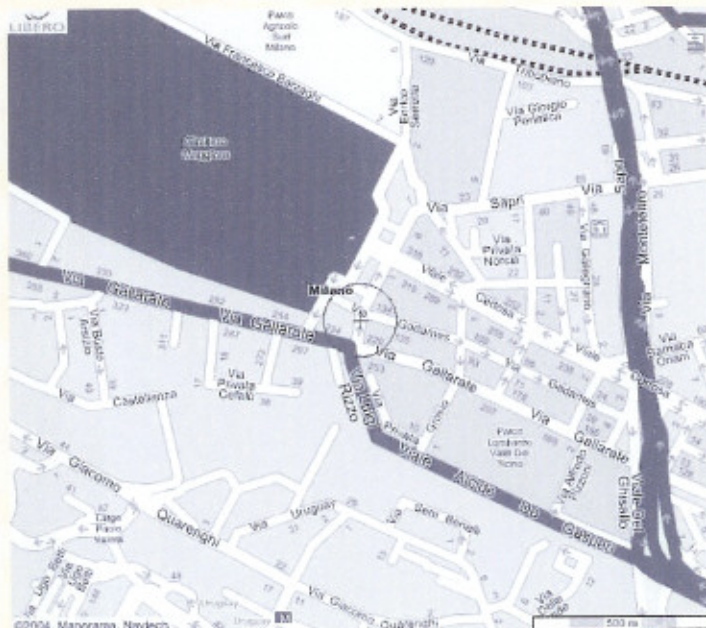
Segreteria Organizzativa e Provider ECM
EVENTI S.r.l. • P.tta Azzani, 3 27100 Pavia
Tel. 0382.53.91.06 Fax 0382.30.60.84
www.e2opr.com
Email: info@e2opr.com

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



**"LA CHIRURGIA REFRAATTIVA:
UPDATE"**

Milano, 8 giugno 2007



PROGRAMMA DEL CORSO:

9:00-9.30	Selezione del paziente. Dott. C. Lucchini
9.30-10.00	Indicazioni e limiti del trattamento con laser ad eccimeri. Dott. A. Morico
10.00-12.30	Chirurgia in diretta: PRK - LASIK - LASEK Dott. D. Dementiev Dott. A. Morico Dott. M. Buscemi Dott. C. Lucchini
12.30-13.30	Discussione dei casi trattati
13.30-14.30	Lunch
14.30-15.00	La terapia post-chirurgia refrattiva. Nuova associazione corticosteroide antibiotico Dott. C. Lucchini
15.00-15.30	Chirurgia refrattiva con tecnica PRK Dott. A. Morico
15.30-16.00	Chirurgia refrattiva con tecnica LASEK Dott. M. Buscemi
16.00-16.30	Chirurgia refrattiva con tecnica LASIK Dott. C. Lucchini

16.30-17.00	Lenti fache da camera anteriore e posteriore Dott. D. Dementiev
17.00-17.30	Trattamento della presbiopia con laser ad erbio Dott. C. Lucchini
17.30-18.00	Discussione e chiusura corso

Il corso si propone di valutare le tecniche chirurgiche più aggiornate per correggere i vari difetti refrattivi con o senza l'uso del laser ad eccimeri.

Il corso prevede una parte dedicata alla didattica e una parte dedicata alla chirurgia in diretta per la valutazione pratica delle tecniche chirurgiche esposte durante le relazioni di docenti particolarmente esperti in questi trattamenti chirurgici.

Chirurghi e Relatori
Dott. Dimitrii Dementiev
Dott. Maurizio Buscemi
Dott. Claudio Lucchini
Dott. Alessandro Morico

SCHEDA D'ISCRIZIONE

"LA CHIRURGIA REFRAITIVA: UPDATE"
Milano, 8 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