

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

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



"LA CHIRURGIA DELLA CATARATTA"

Milano, 29 settembre 2006



PROGRAMMA DEL CORSO:

9:00	Introduzione al corso Dott. C. Lucchini
9:30	Chirurgia della cataratta in miopia elevata Dott. G. Santin
10:00	Chirurgia in diretta Dott. F. Ferentini
10.30	Domande e discussione sul caso operato Dott. F. Fasce
11.00	<i>coffe break</i>
11.30	Chirurgia in diretta Dott. F. Ferentini
12.00	Discussione del caso operato Dott. G. Santin
12.30	Materiali e geometrie delle lenti fachiche Dott. F. Fasce
13.00	<i>lunch</i>
14.30	Chirurgia in diretta Dott. F. Fasce
15.00	Discussione del caso operato Dott. C. Lucchini
15.30	Controllo dell'infiammazione e profilassi dell'endofthalmitis. Dott. M. Coppola

16.00 Nuova associazione corticosteroide/antibiotico: profilo di efficacia sicurezza.

Dott. C. Lucchini

17.00 Chiusura dei lavori

Il corso si propone di valutare le tecniche chirurgiche più aggiornate per operare la cataratta. Verranno quindi discussi i criteri di scelta del tipo di lente intraoculare da impiantare, e il tipo di strumentazione utilizzata. 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 questa chirurgia.

Chirurghi e Relatori

Dott. Michele Coppola (Milano)
Dott. Fabio Ferentini (Abbiategrasso)
Dott. Francesco Fasce (Milano)
Dott. Claudio Lucchini (Milano)
Dott. Giorgio Santin (Milano)

SCHEDA D'ISCRIZIONE
"LA CHIRURGIA DELLA CATARATTA"
Milano, 29 settembre 2006

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 dati personali, in esecuzione del D.Lgs. 196/2003.

Data

Firma

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