

A.S.L.



"Chiavarese"

Con il patrocinio di



S.C. NEUROLOGIA

Settore Aggiornamento e Formazione

EPILESSIA IN PEDIATRIA QUALI PROBLEMATICHE NEL QUOTIDIANO



SABATO, 15 MAGGIO 2010

**Grande Albergo
SESTRI LEVANTE**

PROGRAMMA

Ore 8.00 - 8.15

Registrazione dei Partecipanti

Ore 8.15 - 8.30

Apertura dei Lavori Direttore Generale ASL 4 Chiavarese

Dr. Paolo Cavagnaro

Saluto del Presidente AICE Liguria

L. Guglielmana

Presentazione del Corso

Dr. Pizio

Ore 8.30 - 10.00

La sinergia tra pediatri e neurologi

- L'accesso in P.S.

Dr. Ivaldi

- L'inquadramento neurologico

Dr.ssa Schiappacasse

Ore 10.00 - 11.00

Tecniche di registrazione EEG nel bambino

TNFP Mancini

Ore 11.00 - 11.30

Coffee Break

Ore 11.30 - 12.30

Diagnosi differenziale: epilessia o non epilessia?

Dr.ssa Baglietto

Ore 12.30 - 13.30

Farmacoterapia e farmacoresistenza - Indicazioni chirurgiche

Dr. Striano

Ore 13.30 - 14.30

Lunch

Ore 14.30 - 16.30

Esperienza e Progetti nella ASL 5

Dr.ssa Stretti - S.C. Pediatria e Neonatologia

Dr. Mannironi - S.C. Neurologia

Ore 16.30 - 17.30

Presentazione casi clinici e Tavola Rotonda

Moderatore: Dr.ssa Schiappacasse

Ore 17.30 - 18.00

Test finale di Valutazione e Gradimento

Ore 18.00

Chiusura dei lavori

ASL 4 CHIAVARESE
S.C. NEUROLOGIA
SETTORE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

EVENTO RESIDENZIALE ECM/

destinato a:

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> MEDICI | 25 |
| Specialisti in Neurologia, Pediatria, Neuropsichiatria Infantile, Medicina d'Urgenza | |
| <input type="checkbox"/> TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA | 5 |
| <input type="checkbox"/> FARMACISTI | 5 |

EPILESSIA IN PEDIATRIA QUALI PROBLEMATICHE NEL QUOTIDIANO

Sabato 15 maggio 2010

Grande Albergo - Sestri Levante

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Destinatario: SETTORE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Via G.B. Ghio, 9 - 16043 - CHIAVARI

Telefono 0185329312 – Fax 0185329384 - e_mail: formazione@asl4.liguria.it

L'iscrizione avviene inviando la presente scheda, anche tramite fax, entro il **10 maggio 2010**

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Telefono _____ Cellulare _____

posta elettronica _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____ Città _____

Struttura di appartenenza _____

Indirizzo di lavoro _____ C.A.P. _____ Città _____

La presente vale quale comunicazione al Direttore Generale dell'A.S.L. 4 – Chiavarese della mia partecipazione al presente evento formativo.

Legge 196/03 – Si autorizza il Centro di Formazione dell'ASL 4, all'utilizzo dei dati personali al solo scopo organizzativo dell'attività svolta, con il divieto alla diffusione e cessione degli stessi senza preventiva autorizzazione

FIRMA _____

N.B. Trattandosi di corso a numero chiuso, la sua iscrizione può precludere la partecipazione ad altre persone ugualmente interessate. E' opportuno che l'eventuale rinuncia giunga a questo ufficio in termini utili a consentire una sostituzione. GRAZIE

Si ringraziano per la collaborazione



Responsabile Scientifico

Dott.ssa Elisabetta Schiappacasse

Segreteria Organizzativa

Settore Aggiornamento e Formazione

Tel. 0185 329312 Fax 0185 329384

e_mail formazione@asl4.liguria.it