

INFORMAZIONI

Iscrizione

Previo invio della scheda d'iscrizione compilata entro il 20 settembre 2007. La partecipazione al Congresso è gratuita e riservata ai primi 180 iscritti.

ECM

È stata inoltrata alla Commissione Regionale della Sanità la richiesta di accreditamento finalizzata all'attribuzione di crediti formativi per il Programma Regionale di Educazione Continua in Medicina per le categorie: Medici, Infermieri, Dietiste.

Sede del Congresso

HOTEL "LÀ DI MORET"
Via Tricesimo, 276 - 33100 Udine
Tel./Fax +39 0432.545096
www.ladimoret.it
ladimoret.ud@bestwestern.it

Si ringrazia per la partecipazione

A. Menarini Diagnostics • Abbott Diabetes Care
Abiogen Pharma • Artsana • Astrazeneca
Bayer Schering Pharma • Becton Dickinson Italia
Eli Lilly Italia • GlaxoSmithkline • Istituto Gentili
Laboratori Guidotti • Merck Pharma • Merck Sharp & Dohme (Italia)
Novo Nordisk • Farmaceutici Pfizer Italia
Roche Diagnostics • Sanofi-Aventis • Schering Plough
Servier Italia • Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite
Takeda Italia Farmaceutici

Segreteria Scientifica

Dr. Claudio Taboga - Presidente SID FVG
Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Santa Maria della Misericordia"
P.le S. Maria della Misericordia, 15 - 33100 Udine
Tel. 0432 554590 - Fax 0432 554591
e-mail: taboga.claudio@aoud.sanita.fvg.it

Dr. Giorgio Zanette - Presidente AMD
Signora Elisa Levis - Presidente OSDI
Dietista Adelina Zanella - Presidente ANDID

Segreteria Organizzativa

SOS Formazione e Aggiornamento
Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Santa Maria della Misericordia"
Dott. Moreno Lirutti - Prof. Alfred Tenore
P.le S. Maria della Misericordia 15 - 33100 UDINE
Tel. 0432.554245 - Fax 0432.554381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it

Segreteria Congressuale

Meeting di Sara Zanazzi
Via Villalta 32 - 33100 Udine
Tel. 0432.1790500 - Fax 0432.1790854
e-mail: info@meetingsarazanazzi.it
www.meetingsarazanazzi.it



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
DIETISTI



ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
SEZIONE FRIULI VENEZIA GIULIA



con il patrocinio di:

Regione Friuli Venezia Giulia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Udine

Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia di Udine

Udine
Sabato 29 Settembre
2007

Programma

h. 8.30 *Registrazione partecipanti*

h. 9.15 *Apertura dei lavori*

h. 9.30 *Workshop sulle novità terapeutiche*

Moderatori: G. Zanette - E. Levis

- Insuline ed infusori (*Laura Tonutti*)
- Farmaci orali: prevenzione primaria e secondaria, effetti extraglicemici. Lezioni dai grossi trials (*Alessandro Cavarape*)
- Il coping come elemento di adesione alla terapia (*Elisa Levis*)

h. 11.30 *Coffee Break*

- Il counting dei carboidrati in relazione all'uso di analoghi e infusori (*Marina Armellini*)
- Terapie imminenti (*Patrizia Li Volsi*)

h. 13.00 *Pausa pranzo*

h. 14.30 *Comunicazioni scientifiche*

Moderatori: G. Felace - M. Maschio

h. 15.30 *Tavola rotonda:*

Dove sta andando la diabetologia in regione

Moderatori: C. Taboga - A. Zanella

- L'infermiere (*Roberta Chiandetti*)
- Il diabetologo (*Giorgio Zanette*)
- Il MMG (*Roberto Vallini*)
- L'agenzia Regionale (*Giorgio Simon*)
- Il dietista (*Susanna Agostini*)
- Le associazioni (*Cristina Minisini*)

h. 17.30 *Interventi in memoria*

h. 17.45 *Conclusioni e verifiche ECM*

h. 18.00 *Chiusura del Congresso*

Inoltre:

Assemblea annuale soci OSDI; elezioni CD SID.

SCHEDA D'ISCRIZIONE Congresso Regionale di Diabetologia SID-AMD-OSDI-ANDID Udine 29 Settembre 2007

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero per l'accreditamento ECM e va inviata entro il 20 settembre 2007 a mezzo posta o fax a:

**SOS Formazione ed Aggiornamento,
P.le S. Maria della Misericordia n. 15, 33100 UDINE
tel. 0432.554245 - fax 0432.554381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it**

Dati personali ed indirizzo

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale personale _____

Professione _____

Disciplina* _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita _____

Indirizzo: _____

Via _____ n° _____

Comune _____

CAP _____ Prov. _____

Tel. casa _____ Cell. _____

E-mail _____

Sede di attività _____

Azienda _____

Dipartimento Struttura _____

Tel. _____

Si informa che i dati personali forniti a questa Azienda ospedaliera saranno oggetto di trattamento manuale o informatizzato nel pieno rispetto del d.lgs. 196/2003. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dalla medesima legge rivolgendosi al Responsabile della Formazione.

Data _____ Firma _____

* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti