

INFORMAZIONI

Il corso si svolgerà presso il **centro operativo di Recupero e Rieducazione Funzionale di II**

livello “Stella del mattino” situato in via Mellana 7, Boves (CN)

Segreteria Organizzativa e Scientifica:

dott.ssa K. Bosio tel. 0171381583

E-mail : k.bosio@orizzontesperanza.it

Per partecipare è necessario effettuare una pre-iscrizione telefonica per verificare il numero di posti disponibili. Il costo del corso è di 70 Euro. Il versamento va effettuato tramite bollettino postale effettuando il versamento sul C/C n° 881144 intestato a Fondazione Orizzonte Speranza-ONLUS Ente Morale DM 6/4/2000 – via Mellana, 7- Boves, indicando nella causale il titolo del corso e il numero dell'edizione.

Inviare via fax (n° 0171-381778) la scheda d'iscrizione insieme alla ricevuta di pagamento

Riferimento ECM

EVENTO N° 3062-294239

Posti disponibili: 35 per Medici
(discipline di riferimento: Ortopedia e traumatologia, Medicina Generale, Geriatria)

Sono stati attribuiti **5 crediti** formativi

RELATORE

Dott. *Marco Di Monaco*
specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio
(UO MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO *Presidio Sanitario S. Camillo- Torino*)



**Fondazione
Orizzonte speranza
-ONLUS**

Organizza l'evento dal titolo

L'osteoporosi in 8 casi clinici

*(evidence based
medicine nella
pratica clinica)*

10 Ottobre

2007

STELLA DEL MATTINO

**Recupero e rieducazione
funzionale II livello**

Boves

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Mercoledì 10 Ottobre

Orari:

Ore 14.15 - 14.30 registrazione

Ore 14.30 - 16.00:

presentazione e discussione degli aspetti
diagnostici degli 8 casi clinici

Ore 16.00 - 16.45

quadro di sintesi: la diagnostica

Ore 16.45 – 17.00 pausa caffè

Ore 17.00 - 18.30

presentazione e discussione degli aspetti
terapeutici degli 8 casi clinici

Ore 18.30 – 19.15

quadro di sintesi: la terapia

Ore 19.15 - 19.45

criticità dei percorsi diagnostico-terapeutici
proposti, ovvero discussione dei casi clinici
dei partecipanti al corso.

Ore 19.45 - 20.00

questionario di verifica dell'apprendimento

Cognome	Nome
luogo e data di nascita	
Categoria professionale	Specializzazione
Residente in via/corso/piazza/nr/Comune/cap	
Tel./cell	Mail
C.Fiscale	P.Iva
Datore lavoro	

Data

Firma.....