



Il corso è rivolto alle seguenti
figure professionali

Medico delle discipline di
Anatomia patologica
Patologia clinica
Medicina interna
Ematologo

ECM: 4.2

Info:

Asl Teramo

Ufficio Formazione Qualità
e Comunicazione Strategica

Tel. **0861420245**

email: formazionequalita@aslteramo.it

La scheda di iscrizione va inviata
all'indirizzo

fabiana.dantonio@aslteramo.it

entro il **3/11/2023**

Riconoscere la **Malattia di Castleman** multicentrica idiopatica iMCD

TERAMO


Sabato 25 Novembre 2023

Aula Formazione ASL

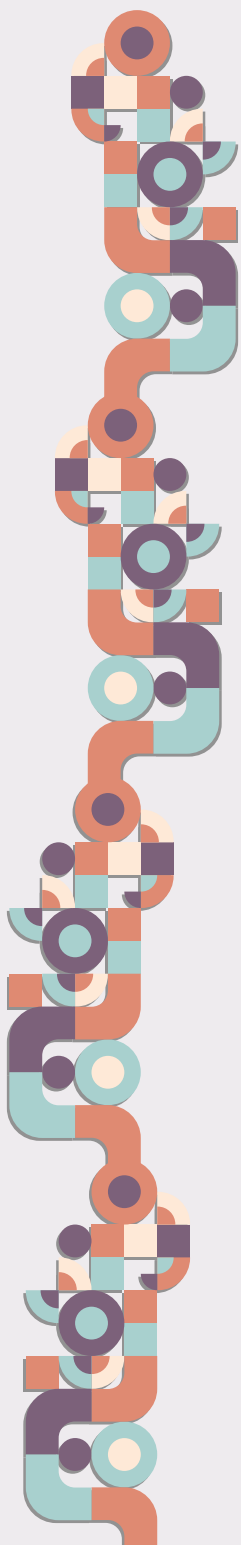
Il piano

Circonvallazione Ragusa

con il contributo incondizionato



**RECORDATI
RARE DISEASES**
GROUP
Focused on the Few™



Responsabile scientifico
Arianna Di Napoli MD PhD
*Professore Associato
di Patologia
Dipartimento di Clinica
e Medicina Molecolare
Università La Sapienza
Scuola di Medicina
e Psicologia
Ospedale Sant'Andrea*

Obiettivo del progetto è migliorare le conoscenze sulla iMCD, imparando a riconoscere le caratteristiche istopatologiche della malattia.

Il progetto educativo è accreditato ECM e prevede la replicazione/simulazione di attività e comportamenti che saranno poi portati nell'esercizio dell'attività lavorativa quotidiana da parte dei partecipanti.

È prevista un'elevata interattività, grazie all'utilizzo di vetrini digitalizzati che verranno illustrati a tutti i partecipanti.

10.00
Registrazione dei partecipanti

10.15
Introduzione al corso
Gina Quaglione

10.30
La diagnosi istopatologica
Arianna Di Napoli

11.00
Presentazioni didattiche istopatologiche
Arianna Di Napoli

11.30
La diagnosi differenziale
Arianna Di Napoli

12.00
Presentazioni didattiche istopatologiche
Arianna Di Napoli

12.30
Conclusioni
Arianna Di Napoli

13.00
Questionario ECM

Riconoscere la **Malattia di Castleman** multicentrica idiopatica iMCD
TERAMO Sabato 25 Novembre 2023

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Tutti i dati sotto richiesti sono obbligatori, al fine del rilascio dei crediti ECM

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Mail _____

Telefono _____

Profilo Professionale _____

Disciplina/Specializzazione _____

Indicare se:

Dipendente Asl Convenzionato Libero Professionista

Unità Operativa Di Appartenenza _____

Sede Lavorativa _____

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARO

ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017: "si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario"

DI NON ESSERE STATO RECLUTATO

DI ESSERE STATO RECLUTATO
(indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario):

Il sottoscritto, a conoscenza del GDPR - Regolamento Europeo UE 697/2016, acconsente al trattamento dei propri dati finalizzato alla gestione dell'evento.

Data _____ Firma _____