

## INFORMAZIONI GENERALI LIMITATO A N° 120 ISCRITTI

### Sede

Aula Magna  
Palazzetto dei Servizi  
Azienda Ospedaliera di Padova  
Via N. Giustiniani, 1 - PADOVA

### Quota iscrizione

La quota di iscrizione è di Euro 20,00 (IVA inclusa)

Le modalità per l'iscrizione sono:

- spedire la scheda d'iscrizione allegata completa dei dati fiscali e anagrafici richiesti e il bonifico bancario intestato a:  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo  
Via Jappelli, 4  
Padova
- inviare per fax la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa - Fax 049.8212111
- si consiglia di verificare prima dell'iscrizione la disponibilità dei posti.

Per tutti i partecipanti è garantito il servizio mensa.

### Segreteria Scientifica

**Azienda Ospedaliera di Padova**  
Prof. G. Ferronato e Dott. S. Fusetti  
E-MAIL stefano.fusetti@unipd.it  
TELEFONO 049.8212039

### Segreteria Organizzativa

Natale Piovan  
Alessandra Bagato  
E-MAIL a.bagato@libero.it  
TELEFONO 049.8212016 - 8218140  
FAX 049.8212111

### Come raggiungere l'ospedale



### ECM

#### Educazione Continua in Medicina

Il corso verrà registrato presso il Ministero della salute per l'assegnazione di Crediti secondo il programma di aggiornamento professionale attualmente in vigore.

in collaborazione con



# Chirurgia Maxillofacciale

UPDATE INFERMIERISTICO



Padova, 23 ottobre 2004

# Chirurgia Maxillofacciale

UPDATE INFERMIERISTICO

Padova, 23 ottobre 2004

## PROGRAMMA

Ore 8,30

**Registrazione partecipanti**

Ore 9,00

**Saluto Autorità**

Ore 9,15

**Introduzione**

*Prof. Ferronato*

Ore 9,30

**Gestione del paziente dismorfico**

*Prof. Ferronato - Dr. Berengo*

Ore 10,00

**Edentulie ed atrofie**

*Dr. Guarda*

Ore 10,30

**Prelievo di cresta iliaca**

*Dr. Giroto*

Ore 10,45

**Coffee break**

Ore 11,00

**Oncologia maxillofacciale**

*Dr. Procopio*

Ore 11,30

**Chirurgia ricostruttiva**

*Dr. Bedogni*

Ore 12,00

**Chirurgia estetica della faccia**

*Dr. Meneghini, Dr. Mair*

Ore 12,30

**Discussione**

*Dr. Procopio, O. Crema, N. Piovan*

Ore 13,00

**Lunch**

Ore 14,00

**Problemi anestesiológicos in Chirurgia Maxillo Facciale**

*Dr. Carraro*

Ore 14,30

**Gestione del paziente in endoscopia chirurgica**

*Dr. Emanuelli, Dr. Fusetti, Dr. Lobbio*

Ore 15,00

**La Chirurgia Maxillo Facciale pediatrica**

*Dr. Fusetti, Dr. Berengo*

Ore 15,30

**Traumatologia del distretto cranio-maxillo facciale**

*Dr. Fusetti, Dr. Franzinelli*

Ore 16,00

**Discussione**

*Dr. Fusetti, B. Ranzato, P. Tosato*

Ore 16,30

**Fine lavori**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare alla Segreteria Organizzativa: AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Ente \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Tel. (casa) \_\_\_\_\_ Tel. (lavoro) \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## QUOTA D'ISCRIZIONE: EURO 20,00

Richiesta fattura SI  NO

## DATI INTESTAZIONE FATTURA

Fattura intestata a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

## COORDINATE BANCARIE PER IL VERSAMENTO

Bonifico intestato a AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Via Zappelli, 4 - PADOVA

Al sensi dell'art.13 D.lgs 196/2003 si autorizza l'Azienda Ospedaliera di Padova al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_