

ELENCO RELATORI

Dr. Claudio Azzolini
Clinica Oculistica
Varese

Dr. Alessandro Galan
Centro Oculistico S. Paolo
Ospedale S. Antonio
Padova

Dr.ssa Alberta Leon
Research & Innovation
Padova

Dr. Giuseppe Lo Giudice
Centro Oculistico S. Paolo
Ospedale S. Antonio
Padova

Dr. Francesco Parmeggiani
Clinica Oculistica
Ferrara

Dr. Andrea Sodi
Clinica Oculistica
Firenze Verona



U.O.C. Oculistica
Ospedale S. Antonio di Padova
Direttore: Dott. Alessandro Galan

**“ Nuova prospettiva Genetica
nella clinica delle
degenerazioni maculari “**

Venerdì 29 giugno 2012

Aula direzione sanitaria
Ospedale S. Antonio

PROGRAMMA DEL CORSO

Ore 8.45

Apertura e presentazione del corso

Ore 9.00

La Genetica nelle patologie oculari degenerative: codice genetico e controllo epigenetico

Dr.ssa Alberta Leon

Ore 9.30

AMD: Una patologia complessa. Geni correlati e i test genetici.

Dr. Andrea Sodi

Ore 11.00

Farmacogenetica nella terapia con antiangiogenici della degenerazione maculare senile

Dr. Giuseppe Lo Giudice

Ore 11.30

Genetica clinica delle degenerazioni maculari distrofiche

Dr. Francesco Parmeggiani

Ore 12.00

Discussione

Ore 12.30

Tavola rotonda A.I.M.O.

Dr. Azzolini, Dr. Galan

Ore 13.00

Discussione

14.00

Compilazione e consegna dei test di valutazione e chiusura dei lavori

Con il patrocinio



Sarà possibile l'iscrizione A.I.M.O. in sede.

ISCRIZIONE:

Il corso è gratuito, rivolto a Medici-Chirurghi specialisti in Oftalmologia per un numero max di 50 partecipanti.

Le iscrizioni seguiranno l'ordine di arrivo.

E.C.M.

Il corso è in fase di accreditamento E.C.M. – REGIONE DEL VENETO – di n. CREDITI per la professione di Medico-Chirurgo in Oftalmologia

PRESIDENTE DEL CORSO

Dr. Alessandro Galan

SEGRETERIA SCIENTIFICA E ORGANIZZATIVA

Dr. Giuseppe Lo Giudice

TEL. 0498216729

SEDE CONGRESSUALE:

U.O.C. Oculistica

Centro Oculistico S. Paolo

Ospedale S. Antonio – ULSS 16

Via Facciolati 71, 35110, Padova

SCHEDA DI ADESIONE

Evento formativo

Ospedale S. Antonio

“ Nuova prospettiva Genetica nella clinica delle degenerazioni maculari “

Cognome _____

Nome _____

Via _____ n° _____

Città _____

CAP _____ Prov. _____

Tel. _____

Cell. _____

e-mail _____

C.F. _____

chiede di essere iscritto/a all'evento organizzato per il giorno venerdì 29 GIUGNO 2012

Autorizzo elaborazione dei dati Personali per il solo fine del Corso di formazione, ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Data _____

Firma di adesione _____