

RELATORE

Dott. Angelo De Cata
Specialista in Reumatologia
e Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo FG

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Ospedale S. Lazzaro, 8

71043 Manfredonia (FG)

Tel. / Fax 0884 530242

Cell. 338 8866613

e-mail: info@atenaeventi.com

website: www.atenaeventi.com

Il convegno, per il quale é stata inoltrata
la richiesta di accreditamento ECM,
è rivolto a: **30 medici di medicina generale**

L'iscrizione è gratuita e da' diritto a:
partecipazione ai lavori, kit congressuale,
attestato di partecipazione, light lunch,
coffee break

 Bristol-Myers Squibb

CORSO sulla DIAGNOSI DIFFERENZIALE nelle ARTRITI

26 marzo 2011
Manfredonia
Nicotel Gargano S.S. 89, KM 174



PROGRAMMA

- 8.30 Iscrizione dei partecipanti
8.50 Introduzione ai lavori
Dott. Angelo De Cata

I SESSIONE

QUANDO PENSARE AD UN'ARTRITE REUMATOIDE

- 9.00 Conoscere i red flags per la diagnosi precoce
10.00 Le caratteristiche semeiotiche
di un processo artritico
10.30 Caso Clinico
10.50 Discussione
11.20 Coffee break

II SESSIONE

QUALI DIAGNOSI DIFFERENZIALI

PROPONE IL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE

- 11.40 Le patologie da microcristalli e
le patologie infettive
12.40 Le enteso-artriti sieronegative
13.00 Caso clinico
13.30 Discussione
14.00 Lunch

III SESSIONE

I PRINCIPALI PUNTI CHIAVE

SULLA TERAPIA DELLE ARTRITI

- 15.00 Nel sospetto di un'artrite reumatoide
15.30 Nel sospetto di patologia da microcristalli
16.00 Nel sospetto di una patologia infettiva
16.30 Nel sospetto di una enteso-artrite sieronegativa
17.00 Caso clinico
17.20 Discussione
18.50 Compilazione questionari ECM
19.10 Conclusione dei lavori congressuali

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DIAGNOSI DIFFERENZIALE nelle ARTRITI

Manfredonia, 26 marzo 2011

Per ottenere i crediti E.C.M. é indispensabile compilare in modo leggibile tutte le voci della scheda di adesione da inviare entro il 22.03.2011 ad Atena Eventi al n. fax 0884 530242

Nome _____

Cognome _____

C.F. _____

Professione _____

Disciplina _____

Nato/a a _____

nel giorno _____

Residente in Via _____

_____ N° _____

Cap _____ Città _____

Provincia _____

Tel. _____

E-mail _____

Acconto al trattamento dei dati personali, che saranno trattati nel pieno rispetto delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003, per le finalità inerenti alla gestione dell'evento Ecm e per l'invio di informazioni relative agli eventi in programma.

Data _____

Firma _____