

RELATORI

| | |
|---|---|
| Balestrazzi Emilio - <i>Roma</i> | Mencucci Rita - <i>Firenze</i> |
| Busin Massimo - <i>Forlì</i> | Morselli Simonetta - <i>Bassano del Grappa (VI)</i> |
| Caporossi Aldo - <i>Roma</i> | Mosca Luigi - <i>Roma</i> |
| Caramello Guido - <i>Cuneo</i> | Pocobelli Augusto - <i>Roma</i> |
| Fontana Luigi - <i>Reggio Emilia</i> | Ponzin Diego - <i>Mestre (VE)</i> |
| Fruscella Severino - <i>Roma</i> | Rama Paolo - <i>Milano</i> |
| Galan Alessandro - <i>Padova</i> | Sarnicola Vincenzo - <i>Grosseto</i> |
| Mastropasqua Leonardo - <i>Chieti-Pescara</i> | Spadea Leopoldo - <i>Roma</i> |
| Melles Gerrit R.J. - <i>Rotterdam (NL)</i> | |

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - ECM



E' un evento ECM del piano formativo 2016 della Jaka Congressi Srl quale Provider ECM accreditato presso l'AGENAS. E' stato accreditato per la seguente figura professionale: **medico chirurgo specialista in oftalmologia. N. crediti 4.**

MODALITA' PER L'OTTENIMENTO DEI CREDITI

Al fine di ottenere i crediti formativi ECM è necessario:

- appartenere sia alla Professione che alla Disciplina per le quali il Congresso è stato accreditato
- frequentare il 100% delle Sessioni
- superare il Test di Verifica dell'apprendimento
- compilare il Test di Valutazione dell'evento
- compilare la Scheda Anagrafica in tutte le sue parti in modo leggibile

Attenzione! Inserire correttamente il proprio Codice Fiscale e Albo/Collegio/Ente di appartenenza, completo di numero di iscrizione.

MAJOR SPONSORS



SPONSORS



SI RINGRAZIA: Biodue

EVENTO DEL PIANO FORMATIVO PROVIDER 806:



Via della Balduina, 88 - Roma - Tel. +39 06 35497114 - Fax +39 06 35341535 - info@jaka.it - www.jaka.it



Istituto di Oftalmologia
Direttore Prof. Aldo Caporossi
Ordinario di Oftalmologia



Presidente Prof. Aldo Caporossi

WORKSHOP DI CHIRURGIA LAMELLARE DESCEMETICO - ENDOTELIALE

Roma, 15 gennaio 2016

SEDE CONGRESSUALE:
Centro Congressi Europa - Sala Italia
Largo Francesco Vito, 1 - Roma

Sotto l'egida della Società Italiana Trapianto di Cornea



Il corso vuole mettere in evidenza tutti gli aspetti di questa tecnica chirurgica che rappresenta una vera e propria rivoluzione nella chirurgia corneale lamellare posteriore.

Con il nostro ospite Prof. Gerrit Melles, ideatore di questa tecnica chirurgica, avremo modo di discutere i principi, le metodologie chirurgiche e tutti gli aspetti di una metodica che, in Italia, ha preso un lento avvio in relazione a fattori legati, in parte, alla difficoltà tecnica nella preparazione dei lembi, oggi preparati dalla Banca degli Occhi, ed in parte alla curva di apprendimento, che presenta dei passaggi complessi e non privi di complicanze.

PROGRAMMA

Presentazione del corso - *A. Caporossi, S. Fruscella*

- 14.00 Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty - *G. Melles*
- 14.30 Bowman layer transplantation for advanced keratoconus - *G. Melles*
- 15.00 Discussione - *M. Busin, A. Caporossi, S. Morselli, L. Mosca*
- 15.30 I nuovi sentieri della DMEK - *D. Ponzin*
- 15.45 Il passaggio dalla DMEK - *M. Busin*
- 16.00 La mia tecnica "SCUBA no-touch" - *A. Caporossi*
- 16.15 Discussione - *E. Balestrazzi, G. Caramello, L. Mastropasqua*

CHIRURGIA IN DIFFERITA

- 16.45 La mia tecnica chirurgica - *L. Fontana*
- 16.55 La mia tecnica chirurgica - *A. Pocobelli*
- 17.05 La mia tecnica chirurgica - *P. Rama*

- 17.15 DMEK: nostre valutazioni e risultati - *L. Mosca*
- 17.30 Discussione - *A. Galan, R. Mencucci, V. Sarnicola, L. Spadea*

- 18.00 *Test di verifica di apprendimento*

- 18.30 *Chiusura dei lavori*

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il corso è a numero chiuso e riservato ai primi 100 iscritti.

Si prega di compilare la scheda in tutte le sue parti ed inviarla (anche via fax) con copia dell'avvenuto pagamento a: *Jaka Congressi s.r.l. - Via della Balduina, 88 - 00136 Roma - Fax 06.35.34.15.35*. Verranno considerati iscritti solo coloro che avranno provveduto al pagamento della quota di iscrizione.

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Categoria Professionale _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

P. IVA / C. F. _____

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA 22% inclusa)

CORSO - ore 14.00-18.30 _____ Euro 80,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato alla Jaka Congressi s.r.l. sul c/c n°4714280 di "Unicredit Banca", Viale Liegi 18/d - Roma, IBAN IT 48 L 02008 05283 000004714280. Causale: *Iscrizione Workshop Chirurgia Corneale 2016*

Legge sulla Privacy - Ai sensi del D.Lgs 196/2003

Vi informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 i dati personali sopra forniti attraverso la compilazione della presente scheda di iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a: 1. soggetti che in collaborazione con il titolare abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa; 2. soggetti che partecipano a questa iniziativa come relatori; 3. enti collegati. I dati verranno trattenuti per tutta la durata e anche successivamente per l'organizzazione e lo svolgimento di analoghe iniziative. Voi potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei vostri dati, nonché apporvi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Jaka Congressi Srl, con sede in Via della Balduina, 88 Roma. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Jaka Congressi Srl. I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Congressi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e di esprimere il suo consenso previsto dagli art. 23 e ss. della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data _____ Firma _____