**OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

Poznań – 15.10.2016r. (sobota godz. 09.00 – 14.00)

Novotel Poznań Centrum, pl. Andersa 1

**Wykładowcy:**

**prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Poręba**

*Specjalista ginekologii, położnictwa i ginekologii onkologicznej, ŚUM w Katowicach***prof. dr hab. n. med. Hanna Krauss**

 *Kierownik Kliniki Katedry i Zakładu Fizjologii UM w Poznaniu***prof. dr hab. med. Jarosław Walkowiak**

*Kierownik Kliniki Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych, Szpital Kliniczny UM w Poznaniu*

**dr n. med. Ilona Małecka**

*Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej UM w Poznaniu***dr n. med. Urszula Markowska**

*Adiunkt Katedry Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, ŚUM*

**mgr Lena Siwonia** *dyplomowana położna, certyfikowany doradca laktacyjny*

**Program :**

**08.30 – 09.00** Rejestracja uczestników

**09.00 – 09.45** **Intymne problemy kobiet – zakażenia narządu rodnego,**

 **pęcherz nadreaktywny** *prof. R. Poręba*
**09.45 – 10.40 Opieka nad matką i noworodkiem w świetle standardów medycznych** *dr U. Markowska***10.40 – 11.00 Komórki macierzyste - dostęp do medycyny XXI wieku** *mgr L. Siwonia* **11.00 – 11.30** Przerwa kawowa
**11.30 – 12.15 Składniki aktywne w mleku matki** *prof. H. Krauss*

**12.15 – 13.00 Krótkoterminowe i odległe korzyści suplementowania**

 **DHA dla rozwoju dzieci** *prof. J. Walkowiak*

**13.00 – 14.00 Aktualny Program Szczepień Ochronnych – dlaczego zmiany są konieczne** *dr U. Małecka* **14.00** Rozdanie certyfikatów, zakończenie konferencji
**Udział w konferencji jest nieodpłatny**
Warunkiem uczestnictwa jest przesłanie karty zgłoszeniowej do biura organizacyjnego:

Faksem: 22 620 11 27, 22 654 55 98

Przez Internet: http://edukacjaimedycyna.com/szkolenia.php?id\_szkolenia=1194

Mailem: biuro@edumed.pl

………………………………………………………………………………………………

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**Opieka nad matką i dzieckiem w praktyce pielęgniarki i położnej**w Poznaniu – 15.10.2016r.(sobota godz. 09.00 – 14.00) Hotel Novotel Poznań Centrum, pl. Andersa 1

**IMIĘ…………………………. NAZWISKO ………………………………….**

**Specjalizacja……………………………………………….
ADRES DO KORESPONDENCJI:
Instytucja/Firma:…………………………………………………………………………………......**

**Miasto ……………… Kod pocztowy…..……… Ulica i numer…………………………………….**

**Województwo ………………………. Telefon …………………………………….……....................**

**e-mail: ……………………………………………………………………..………………………….**

**Miejscowość, data …………………………… Czytelny podpis……………………**

|  |
| --- |
| W związku z art. 23 ust 1 pkt. 1i ust 2 ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (DzU nr 133, poz. 883) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Edukacja i Medycyna. moich danych osobowych w systemach informacyjnych i w innych zbiorach danych w celach związanych z działalnością statutową **.**  |