**КАРТКА ЗАХОДУ**

(*майстер-клас, симуляційний тренінг, тренінг з оволодіння практичними навичками, тренінг, семінар, фахова (тематична) школа*)

**БПР МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Назва заходу БПР
 | **«Токсичні ураження печінки»** |
| 1. Назва Провайдера (з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)
 | **ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»** |
| 1. Співорганізатори заходу
 | **Одеський національний медичний університет, кафедра інфекційних хвороб** |
| 1. Цільова аудиторія (відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)
 | **Гастроентерологія, Загальна практика - сімейна медицина, Інфекційні хвороби,** **Терапія**  |
| 1. Вид заходу БПР
 | **Фахова (тематична) школа** |
| 1. Запланована кількість учасників
 | **36** |
| 1. Мета навчання
 | **Підвищення рівня знань лікарів з питань диференційної діагностики, лікування та профілактики токсичних уражень печінки** |
| 1. Метод / методи навчання
 | **Словесні, наочні, практичні** |
| 1. Кількість балів БПР
 | **10** |
| 1. Дата заходу БПР
 | **18 травня 2023 р.** |
| 1. Місце проведення заходу БПР (повна адреса)
 | **м. Одеса,****Валіховський пров., 6** |
| 1. Прізвище, ім’я та по батькові лектора/тренера
 | **Чабан Тетяна Володимирівна****Роганкова Анна Леонідівна****Скрипник Людмила Михайлівна** |
| 1. Резюме лектора/тренера
 | **Чабан Т. В. – д-р мед. н., професор****Роганкова А. Л. – к. мед. н., доцент****Скрипник Л.М. – к. мед. н., доцент** |
| 1. Програма заходу БПР
 | **Ураження отруйними рослинами в структурі токсичних гепатитів****Лікарські ураження печінки****Імуноалергічні ураження печінки** |
| 1. Опис вимог рівня знань, володіння темою, навичок, досвіду учасників до моменту реєстрації на даний захід (за потреби)
 | **Вища медична освіта** |
| 1. Технічна підтримка (так/ні?). *У разі якщо під час проведення заходу БПР з оволодіння певними практичними навичками планується використання медичних виробів, які надані дистриб’ютором, Провайдер розміщує копію угоди, в якій зазначено шляхи недопущення виникнення потенційного конфлікту інтересів та заборону використання торгової назви медичного виробу*
 | **Ні** |
| 1. Методи оцінювання набутих знань
 | **Тестовий контроль** |
| 1. Код заходу БПР (*Реєстраційний номер заходу БПР вноситься після присвоєння Адміністратором*)
 |  |