**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
 | **«Еластографія печінки: теоретичні та практичні аспекти»** |
| 1. Назва Провайдера (з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань)
 | **ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»** |
| 1. Співорганізатори заходу
 | **Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра інфекційних хвороб** |
| 1. Цільова аудиторія (відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей)
 | **Гастроентерологія, Загальна практика - сімейна медицина, Інфекційні хвороби,** **Терапія**  |
| 1. Вид заходу БПР
 | **Майстер-клас** |
| 1. Запланована кількість учасників
 | **20** |
| 1. Мета навчання
 | **Підвищення рівня знань лікарів з питань використання методу еластографії для діагностики уражень печінки** |
| 1. Метод / методи навчання
 | **Словесні, наочні, практичні** |
| 1. Кількість балів БПР
 | **10** |
| 1. Дата заходу БПР
 | **23 травня 2023 р.** |
| 1. Місце проведення заходу БПР (повна адреса)
 | **м. Вінниця,****Хмельницьке шосе, 96****Конференц зала КНП «Вінницька міська клінічна лікарня № 1»** |
| 1. Прізвище, ім’я та по батькові лектора/тренера
 | **Попович Олександра Олександрівна****Андросова Ольга Сергіївна** |
| 1. Резюме лектора/тренера
 | **Попович О.О. – к. мед. н., доцент****Андросова О.С. – к. мед. н., доцент** |
| 1. Програма заходу БПР
 | **Транзієнтна еластографія в діагностиці фіброзу печінки****Інтерпретація результатів транзієнтної еластографії залежно від патологічних змін в печінці** |
| 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*)
 |  |