



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS-CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
“PROF. ALEXANDRE VRANJAC”
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar - SP/SP – CEP: 01246-000
Fone: (11) 3066-8120 – Fax: 30668153
E-mail: dvoftal@saude.sp.gov.br

“CURSO DE OFTALMOLOGIA PARA PEDIATRAS – REFLEXO VERMELHO”

PROMOÇÃO: GVE - XV Bauru e GVE – XVI Botucatu e Centro de Oftalmologia Sanitária

LOCAL: Auditório Sirius do Hospital Estadual - Bauru.
Avenida Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube nº 1-100
Jardim Santos Dumont –Bauru-SP

Dia: 19 de Outubro de 2011 – 08:00 às 17:00 horas

PÚBLICO ALVO: médicos pediatras

CARGA HORÁRIA: 8:00 horas

Programa

8:00h às 8:15h – Inscrição

8:15h às 8:30h – Abertura

8:30h às 9:00h – Anatomia e fisiologia ocular/Desenvolvimento da visão e Ametropias

9:00h às 9:25h – Glaucoma congênito, catarata congênita, Retinoblastoma e teste do Reflexo Vermelho (teoria)

9:25 às 9:50h – Estrabismo, blefarite, hordéolo e obstrução das vias lacrimais

9:50h às 10:15h – Retinopatia da prematuridade

10:15h às 11:00h – Surtos de Conjuntivites

11:00h às 11:30h – Acuidade Visual (teoria)

11:30h às 12:40h – Acuidade visual / Técnica do reflexo vermelho – Prática

12:40h às 13:40h - Coffee Brunch

13:40 às 14:35h – Acidentes oculares / trauma oculares na infância: primeiros cuidados e encaminhamentos

14:35h às 15:15h – Tracoma

15:15h às 15:45h – Ações Básicas de saúde ocular (teoria)

15:45h às 16:15h – Ações Básicas de saúde ocular – (prática)

16:15h às 16:45h – Educação em saúde ocular

16:45 às 17:00h – Avaliação



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS-CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar - SP/SP – CEP: 01246-000

FICHA DE INSCRIÇÃO

Curso de Oftalmologia para Pediatras

Data: 19/10/2011

LOCAL: Auditório Sirius do Hospital Estadual - Bauru.

Endereço: Avenida Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube nº 1-100
Jardim Santos Dumont –Bauru-SP

NOME: _____ RG _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

INSTITUIÇÃO QUE REPRESENTA: _____

NOME DA UNIDADE _____

CARGO: _____

ENDEREÇO DE TRABALHO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE/ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____ FAX _____

ENDEREÇO DE RESIDENCIA: _____

BAIRRO: _____ CIDADE/ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____ FAX _____

E-mail _____ CELULAR: _____

Por favor, preencher com letra de forma ou digitar e enviar inscrições para gve-bauru@saude.sp.gov.br