

## Informazioni Scientifiche

L'obiettivo del corso è rappresentato dalla acquisizione teorica e pratica degli strumenti necessari per realizzare una corretta ricostruzione anatomica del perineo che consenta il massimo recupero funzionale, con particolare attenzione alla minima invasività e al rispetto della paziente.

### Approccio didattico

Gli obiettivi del corso vengono raggiunti attraverso una parte teorica composta da lezioni frontali interattive e da una parte pratica dove il discente apprende ed esegue i gesti necessari per eseguire una adeguata sutura perineale in autonomia e sicurezza.

### E.C.M. - Educazione Continua in Medicina

E' stata inoltrata al Ministero della Salute la richiesta di accreditamento dell'evento per Ostetriche/Ostetrici e Medici Chirurghi nell'ambito del Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.).

L'ottenimento dei Crediti Formativi è subordinato alla partecipazione per l'intera durata del Corso ed alla corretta compilazione del questionario di apprendimento.

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dott. Carlo Alboni

Dr. ssa Stefania Malmusi

MIPSA - Minimally Invasive Pelvic Surgery Association

E-mail: info@mipsa.it

## Informazioni Generali

### SEDE DEL CORSO

Aula Conferenze - Gruppo Ceramiche FLORIM  
Via Canaletto 24, Fiorano Modenese (MO)

### QUOTE E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Il Corso è riservato a 30 partecipanti e l'iscrizione comprende:

- ◆ Partecipazione ai lavori scientifici
- ◆ Cartellina congressuale
- ◆ Attestato di partecipazione
- ◆ 1 Break
- ◆ 1 Colazione di Lavoro

Ostetriche € 122,00 (22% IVA inclusa)

Medici chirurgi € 150,00 (22% IVA inclusa)

L'iscrizione potrà essere effettuata inviando alla Segreteria Organizzativa l'apposita "Scheda di Iscrizione" debitamente compilata in ogni sua parte, unitamente alla copia del pagamento della quota.

### PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Per prenotazioni alberghiere presso strutture convenzionate vicino la sede congressuale è possibile contattare la Segreteria Organizzativa.

### VARIAZIONI

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa si riservano il diritto di apportare al programma tutte le variazioni che si rendessero necessarie per ragioni scientifiche e/o tecniche.

*Con il contributo non condizionato di*



### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

HT Eventi e Formazione s.r.l.

Via Benedetto Marcello 1- 40141 Bologna

Tel. 051 473911 - 051 4983200

Fax 051 473911

E-mail: fabiola@htcongressi.it

www.htcongressi.it



Ospedale di Sassuolo  
S.C. di Ostetricia e Ginecologia  
Direttore : Dr.ssa M.C. Galassi

## LA SUTURA PERINEALE: LABORATORIO DEDICATO AD OSTETRICHE E MEDICI DI SALA PARTO

DIRETTORI DEL CORSO  
DOTT.SSA M.C. GALASSI  
DOTT. FEDERICO VIANELLO



# 16 DICEMBRE 2014

## Fiorano Modenese (MO)

## Programma Scientifico

- 08.00 Registrazione  
08.10 Saluto delle Autorità  
08.20 Introduzione del Corso  
08.30 Anatomia dei genitali esterni e del perineo  
09.00 Lacerazioni perineali e loro classificazione  
09.30 Episiotomia:  
razionale, impiego, tipi, caratteristiche  
10.00 **BREAK**  
10.30 Fili e strumenti di sutura: cosa utilizzare  
11.00 Strumenti di sala parto e il campo operatorio  
11.30 Tecnica e strategia chirurgica: dall'ispezione  
alla sutura  
12.00 La lacerazione di III e IV grado: diagnosi,  
tecnica di sutura e follow-up della paziente  
12.00 Gestione del perineo nel post-parto  
12.30 **PRANZO**  
13.30 Laboratorio  
17.30 Discussione  
18.00 Conclusione e Questionario di apprendimento

**MODERATORE: Dr. Carlo Alboni**

## Docenti

- Dott. Carlo Alboni  
*Dirigente medico*  
*S.C. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale di Sassuolo (Mo)*
- Dott. Ost. Claudia Bregoli  
*Ostetrica - U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale Maggiore di Cremona*
- Dott. Ost. Raffaella Ferrara  
*Ostetrica U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Azienda Ospedaliera Carlo Poma - Mantova*
- Dott. M.C. Galassi  
*Direttore S.C. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale di Sassuolo (Mo)*
- Dott. R.P. Iachetta  
*Dirigente Medico - S.C. Proctologia*  
*Ospedale di Sassuolo (Mo)*
- Dott. Mohamed Mabrouk  
*Dirigente medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar (Vr)*
- Dott. ssa Stefania Malmusi  
*Dirigente medico*  
*S.C. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale di Sassuolo (Mo)*
- Dott.ssa Paola Pollastri  
*Dirigente medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale Maggiore di Cremona*
- Dott. Tazio Sacconi  
*Dirigente medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale Maggiore di Cremona*
- Dott. Ost. Silvia Vaccari  
*Coordinatrice Ostetrica*  
*S.C. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale di Sassuolo (Mo)*
- Dott. Federico Vianello  
*Dirigente medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia*  
*Ospedale Maggiore di Cremona*

## LA SUTURA PERINEALE: LABORATORIO DEDICATO

### AD OSTETRICHE E A MEDICI DI SALA PARTO

**Fiorano Modenese (MO), 16 Dicembre 2014**

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare debitamente compilata a: **HT Eventi e Formazione s.r.l.**  
Via Benedetto Marcello 1 - 40141 Bologna  
Tel 051 473911-051 4983200 Fax 051 473911 E-mail: [fabiola@htcongressi.it](mailto:fabiola@htcongressi.it)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo Istituto \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### QUOTE DI ISCRIZIONE

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| Ostetriche       | € 122,00 (22% IVA inclusa) |
| Medici Chirurghi | € 150,00 (22% IVA inclusa) |

#### DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatori)

Intestare fattura a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

#### MODALITÀ DI PAGAMENTO

**Bonifico Bancario** intestato a: HT Eventi e Formazione s.r.l.

c/c 000101107244 Unicredit Banca - Ag. Bologna San Mamolo

IBAN: IT 570200802452000101107244

**Causale: Nome e Cognome dell'iscritto e Corso A 14 Tris**

Si prega di inviare fotocopia della ricevuta del pagamento effettuato unitamente alla presente scheda

**Carta di Credito** VISA MASTERCARD

Titolare \_\_\_\_\_

Numero Carta \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_ Cod. sicurezza (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Secure code verified by Visa \_\_\_\_\_

☐ Autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo il d.lgs 196/2003 sulla privacy

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_