

# 2° Workshop Endometriosi e Menopausa

*Presidente del Workshop:*

**G. Scambia**

*Responsabile Scientifico:*

**S. Lello**



*Richiesti i crediti ECM*

## **ROMA**

**17-18 Aprile 2018**

**Holiday Inn Rome Aurelia • Via Aurelia, Km 8,400**

### ELENCO RELATORI E MODERATORI

**A. Cagnacci** (*Udine*)

**A. Capozzi** (*Roma*)

**F. Fanfani** (*Chieti*)

**M. Gambacciani** (*Pisa*)

**S. Lello** (*Roma*)

**C. Nero** (*Roma*)

**F. Petraglia** (*Firenze*)

**G. Scambia** (*Roma*)

**A. Testa** (*Roma*)

**M. Vignali** (*Milano*)

**PROGRAMMA DEL WORKSHOP**

14.30 **Registrazione dei partecipanti**

**17 Aprile 2018**

**Moderatori: F. Petraglia, G. Scambia**

15.00 **Introduzione al workshop**

15.30 **Endometriosi: fisiopatologia e diagnosi**

*F. Petraglia*

16.00 **Il ruolo della ecografia nella diagnostica dell'endometriosi**

*A. Testa*

16.30 **Endometriosi: trattamento medico**

*M. Vignali*

17.00 **Discussione**

17.15 **Coffee break**

17.30 **Endometriosi: trattamento chirurgico**

*F. Fanfani*

18.00 **Endometriosi e cancro: quali punti di connessione**

*C. Nero*

18.30 **Discussione**

18.45 **Fine dei lavori**

**18 Aprile 2018**

**Moderatori: A. Capozzi, S. Lello**

09.30 **Sintomatologia vasomotoria e patologie correlate**

*A. Cagnacci*

10.00 **Personalizzazione della TOS**

*S. Lello*

10.30 **Integratori: si o no**

*A. Capozzi*

11.00 **Discussione**

11.30 **Osteoporosi postmenopausale**

*M. Gambacciani*

12.00 **Discussione**

12.30 **Chiusura del workshop e consegna dei questionari ECM**

## Scheda d'iscrizione

Da inviare entro il 6 Aprile 2018 per fax, e-mail a: ♦ CG MKT - Via Cassia, 1110 - 00189 Roma  
Tel. 06 30090020 - Fax 06 30360133 - congressi@cgmkt.it

Iscrizione al Corso (IVA Inclusa)

- Medici € 122,00  
 Ostetriche e specializzandi € 66,00

**Annullamento:** Per documentate rinunce che giungeranno entro 30 giorni prima dell'evento verrà rimborsato il 50% della somma versata, nessun rimborso verrà effettuato dopo tale data.

Nome ..... Cognome .....

Luogo di nascita .....

Data di nascita ..... C.F. ....

Indirizzo privato .....

Cap. .... Città .....

Tel ..... E-mail .....

Istituto ..... Indirizzo Istituto .....

Cap. .... Città .....

Tel ..... Fax .....

Per il rilascio della fattura indicare (campo obbligatorio):

N° di P. IVA ..... N° di Cod. Fiscale .....

Domicilio Fiscale .....

Modalità di Pagamento:

Assegno ..... € .....

Intestato a: CG MKT S.r.l - Inviare per posta a: CG MKT S.r.l, Via Cassia, 1110 - 00189 Roma.

La segreteria Organizzativa non si terrà responsabile delle eventuali mancate consegne postali.

Bonifico Bancario € .....

Intestato a:

Intesa Sanpaolo S.p.A. - Filiale 06775 IBAN: IT33N0306905141100000007817 BIC: BCITITMM  
Allegare copia bonifico bancario

Ai sensi del d. lgs. 196/03 sulla tutela dei dati personali si autorizza espressamente la CG MKT a trattare le informazioni raccolte e inserite nella sua banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata. Per ottenere la cancellazione o l'aggiornamento dei propri dati si scriva a:

♦ CG MKT - Via Cassia, 1110 - 00189 Roma - Tel. 06 30090020 - Fax 06 30360133

Firma .....

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

#### ♦ CG MKT

Via Cassia, 1110 • 00189 Roma  
Tel. 0630090020 • Fax. 0630360133  
E-mail: congressi@cgmkt.it • www.cgmkt.it

### PROVIDER:

#### FOR.MED. S.r.l.

I.D. n° 4695  
dell'Albo Nazionale  
Provider

Con il contributo non condizionante di:

