



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico - Giovanni XXIII, Bari



Lega Italiana contro l'Epilessia  
Puglia

Regione Puglia

**ARES**

Agenzia Regionale Sanitaria

# LA CRISI IN PEDIATRIA

Bari, 29 ottobre 2010

Sala Convegni "Ivan Papadia" - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII

Coordinatore Scientifico: **Dott. Dante Galeone**

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 13.45 Registrazione dei partecipanti
- 14.30 Apertura dei Lavori  
*Dante Galeone, Bari*
- 15.00 Fenomeni parossistici non epilettici.  
Focus on convulsioni con febbre ed emicrania  
*Giuseppe Capovilla, Mantova*
- 16.30 La crisi epilettica  
*Fabio Minicucci, Milano*
- 18.00 Discussione
- 18.15 Dalla diagnosi della crisi alla diagnosi di epilessia  
e sindrome epilettica  
*Dante Galeone, Bari*
- 19.15 Discussione
- 19.30 Chiusura dei lavori e consegna questionario ECM

### Sede

Sala Ivan Papadia - Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII  
Via G. Amendola, 207 - 70126 Bari

### Accreditamento ECM

Per il presente evento, rivolto ad un massimo di 100 partecipanti, sono stati richiesti i crediti ECM alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina per i Medici Specialisti in Pediatria e per i Pediatri di libera scelta.

Il rilascio della certificazione dei crediti è subordinato alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo e la consegna degli attestati avverrà solo e soltanto al termine dei lavori, anche in caso di chiusura posticipata.

### Segreteria Organizzativa



CENTRO ITALIANO CONGRESSI CIC

Viale Escrivà 28 - 70124 Bari - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E-mail: [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it) - [www.cicsud.it](http://www.cicsud.it)

# LA CRISI IN PEDIATRIA

Bari, 29 ottobre 2010

## SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:  
Centro Italiano Congressi – CIC Sud  
Viale Escrivà, 28 – 70124 BARI  
Fax 080.5043736

Cognome .....

Nome .....

Qualifica.....

Specializzazione.....

ASL/Ospedale di appartenenza .....

Reparto .....

Città ..... CAP.....

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

## DATI NECESSARI PER ECM

Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione

Luogo e data di nascita .....

Cod. Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo ab. ....

Città..... CAP.....

E.mail .....

Cell. ....

## GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

Firma..... Data.....