



**Centro Regionale Trapianti**  
Coordinatore: dott. Francesco



**Associazione Friulana  
Donatori di Sangue  
Udine**



**Associazione Donatori Organi  
Friuli Venezia Giulia**



**FEDERFARMA Udine**  
Associazione Friulana  
Titolari di Farmacia

**Con il patrocinio dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Udine**

**Corso di aggiornamento**

## **Ruolo del Farmacista nella Donazione, Prelievo e Trapianto di organi e tessuti**

**Data: 4 aprile 2009**

Partecipanti: Farmacisti della provincia di Udine, Pordenone, Trieste, Gorizia - Richiesto Accreditemento ECM

Sede: Centro Congressi Hypo Bank Tavagnacco (UD)

**La partecipazione è gratuita. I posti disponibili sono 60**

Si prega di verificarne la disponibilità telefonando alla Segreteria Organizzativa, dal lunedì al venerdì, dalle ore 11.00 alle 13.00 (**tel. 0432-554245**). Inviare via Fax la scheda d'iscrizione (**Fax: 0432-554381**)

- 08.45 Apertura dei lavori ed introduzione**  
Nora Coppola, Francesco Giordano, Gloria Aita, Alessandra Forgiarini
- 09.00 Cortometraggio ADO - Francesca Fiorillo**
- 09.30 Le tematiche di fine vita - Francesco Giordano**
- 10.15 La complessità del Donatore - Adriana Di Silvestre**
- 11.00 Pausa caffè**
- 11.15 Aspetti psicologici e relazionali. Francesca Fiorillo**
- 11.45 Il trapianto: indicazioni, sopravvivenza, qualità di vita. Roberto Peressutti**
- 12.15 La donazione del sangue, plasma ed emoderivati - Renzo Peressoni**
- 12.45 La risposta alle domande più frequenti. Roberto Peressutti**
- 13.00 Conclusione dei lavori**

**Buffet**

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Dott. **Francesco Giordano**  
Coordinatore Centro Regionale Trapianti F.V.G  
Dott ssa **Adriana Di Silvestre**  
Coordinatore di Area Vasta CRT FVG

**RESPONSABILE DIDATTICO**

Dott.ssa **Francesca Fiorillo**  
Psicologa Centro Regionale Trapianti  
AOU" SMM" di Udine

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Formazione Az. Osp. SMM di Udine  
**Tel. 0432554245 Fax. 0432554381**  
**e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it**  
Responsabile dott. **Moreno Lirutti**

Richiesto accreditamento regionale per:

**Farmacisti**