

22-24 aprile 2010

XV CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.A.D.S.



Società Italiana di Chirurgia
Ambulatoriale e Day Surgery



Presidente onorario

Umberto Veronesi

Presidente

Renzo Dionigi

Coordinatori scientifici

Giampiero Campanelli

Leonardo La Pietra



PROGRAMMA

GIOVEDÌ 22 APRILE

Cerimonia inaugurale

VENERDÌ 23 APRILE

Main conference room	Room A	Room B
9.00 Le grandi realtà della Day Surgery: architettura e organizzazione	Chirurgia plastica	Chirurgia proctologica
13.00 <i>Lunch</i>		
14.00 Assemblea dei soci		
14.30 Day Surgery in oncologia: esperienze nazionali ed internazionali	Chirurgia otorinolaringoiatrica	Oculistica
17.30 <i>Session Poster</i>		

SABATO 24 APRILE

9.00 Linee guida in Day Surgery e in Chirurgia Ambulatoriale	Urologia	Chirurgia vascolare e flebologia
13.00 <i>Lunch</i>		
14.30 La documentazione clinica e i sistemi informativi per la Day Surgery	Parete addominale	Ortopedia
17.30 <i>Session Poster</i>		

SCADENZA ABSTRACTS: 30 GENNAIO 2010

ISTRUZIONI PER INVIARE ABSTRACTS

Potete inviare il vostro abstract:

tramite e-mail a

segreteria.campanelli@multimedica.it

ISTRUZIONI PER L'IMPOSTAZIONE DELL'ABSTRACT

Partecipanti con nuovi dati relativi al programma possono inviare un abstract da sottoporre al Comitato Scientifico. Solo gli abstracts che sono stati revisionati e approvati da parte del Comitato Scientifico saranno presentati. 20 abstracts saranno inseriti nel programma scientifico per una presentazione

orale. Gli altri saranno presentati durante la sessione poster.

L'abstract deve essere scritto in italiano, e non deve superare 2000 caratteri (titolo incluso). Il titolo deve essere in Maiuscolo. Per ogni autore, inserire il cognome, seguito dal nome di battesimo e iniziali. Le affiliazioni devono essere elencate dopo l'elenco degli autori.

In calce al testo inserire l'indirizzo completo con numero telefonico, fax e e-mail dell'autore principale.

Nota. Solo gli abstracts inviati da partecipanti registrati saranno accettati.

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL CONGRESSO

Quark Hotel

Via Lampedusa 11/A 20141 Milano

Tel +39 02 84431 Fax +39 02 8464190

www.atahotels.it

Quark Hotel è situata a circa 15 minuti di auto dal centro di Milano

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Marta Cavalli

U.O. Chirurgia Generale II

Ospedale Multimedica

Viale Piemonte, 70 – Castellanza, Varese

segreteria.campanelli@multimedica.it

SEGRETARIA SICADS

P&P Srl

Viale Sarca, 41

20125 Milano

Tel. +39 02 66103598

Fax +39 02 66103840

info@pep-congressi.it

ACCREDITAMENTO ECM

L'accreditamento ECM sarà richiesto per il corso.

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

CQ Travel Srl

Via Pagliano, 3

20149 Milano

Tel. +39 02 4804951

Fax +39 02 43911650

congress@cq-travel.com

IL CONGRESSO SICADS È PATROCINATO DA

Collegio Italiano dei Chirurghi (C.I.C.)

Società Italiana di Patologia dell'Apparato

Digerente (S.I.P.A.D.)

Società Italiana di Chirurgia dell'Ospedalità Privata (S.I.C.O.P.)

Federazione Italiana delle Società Scientifiche dell'Ospedalità Privata

Accreditata (F.I.S.O.P.A.)

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani,

Commissione Giovani (A.C.O.I. Giovani)

Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Hernia

European Hernia Society (E.H.S.)

Collegio dei Professori Universitari Ordinari e Straordinari di Chirurgia

Fondazione Day Surgery Onlus

Fondazione Umberto Veronesi

Società Italiana Medici Manager (S.I.M.M.)

Day Surgery Italia

MODULO D'ISCRIZIONE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN STAMPATELLO

Inviare via fax al n° +39 02 43911650 / 02 43316070

Cognome _____

Nome _____

Divisione _____

Ospedale/struttura _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Professione _____

Specializzazione _____

Tel _____ Fax _____

E-mail _____

Intendo inviare un abstract ☐ SI ☐ NO

QUOTE DI ISCRIZIONE

☐ Medici Soci SICADS in regola **€ 300,00** (IVA inclusa)

☐ Infermieri Soci SICADS in regola **€ 180,00** (IVA inclusa)

☐ Medici non Soci SICADS **€ 360,00** (IVA inclusa)

☐ Infermieri non Soci SICADS **€ 216,00** (IVA inclusa)

☐ Studenti/Specializzandi **€ 144,00** (IVA inclusa)

La quota d'iscrizione comprende:

Partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee breaks, colazione di lavoro, attestato di partecipazione, atti del Congresso, partecipazione al cocktail di apertura.

PAGAMENTO

☐ Bonifico bancario, intestato a CQ Travel srl

Banca Sella - Iban: IT24W0326801605052866945210

☐ Carta di credito ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ AMERICAN EXPRESS

N° _____

Intestatario _____ Data di scadenza _____

Firma _____