



***Associazione italiane di medicina Integrata
"Leon Vannier"***

Con il contributo non condizionato di



IN COLLABORAZIONE CON



Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno



24 crediti

CORSO DI OMEOPATIA PER FARMACISTI

**"INTEGRAZIONE DEL MEDICINALE OMEOPATICO NEI COMUNI
DISTURBI DEL BAMBINO, DELL'ADULTO E DELL'ANZIANO"**

2 FEBBRAIO 2014

9 FEBBRAIO 2014

2 MARZO 2014

16 MARZO 2014

Relatore

Dott. Tommaso Lovecchio

Sede incontro

Auditorium dell'ordine dei farmacisti

Via Settimio Mobilio, 17 - 84127 Salerno

Tel 089405080 Fax 089798628 email info@ordinefarmacistisalerno.it

Obiettivo del corso: *l'utilizzare casi clinici per incrementare la capacità di integrare il medicinale omeopatico nella pratica quotidiana del Farmacista, sempre più artefice della salute del cittadino.*

Obiettivo del Docente: *Non un passaggio di conoscenze, ma formazione di competenze.*

La frequenza è **OBBLIGATORIA** e dà diritto all'acquisizione di n° 24 crediti formativi.

Il relatore del corso sarà il Dott. Tommaso Lovecchio. Pediatra, esperto in Omeopatia.

- La quota di iscrizione è 150 euro a persona.
- Dato il numero limitato di Farmacisti ammissibili si prega di contattare la segreteria organizzativa per assicurarsi della ulteriore disponibilità di posti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Dott.ssa Maria Luisa Limone cell.: 338.4354492 – 393.7586771

e-mail: marialuisalimone@gmail.com

Programma:

2 febbraio 2014

1° SEMINARIO: LA PATOLOGIA INVERNALE

8,30-10: Registrazione dei partecipanti e presentazione degli obiettivi e finalità del corso

10-11,30: Le sindromi influenzali: dalla prevenzione al trattamento.

La febbre, la tosse, la convalescenza.

Il rimedio unitario, il complesso omeopatico, il fitoterapico, l'oligoelemento.

MATERIA MEDICA di: ACONITUM, BELLADONNA, BRYONIA, MERCURIUS SOLUBILIS, APIS, PHITOLACCA

11,30-13,30: esercitazioni di gruppo

9 febbraio 2014

2° SEMINARIO: IL MONDO DEL BAMBINO

8,30-10,30: I disturbi del bambino nella fase di scolarizzazione: inappetenza, stipsi e diarrea, allergia o intolleranza alimentare.

Irritabilità, paura e gelosia. La patologie della sfera ORL.

Il rimedio unitario, il complesso omeopatico, il fitoterapico, l'oligoelemento.

MATERIA MEDICA di: CHAMOMILLA, ALLIUM CEPA, ARSENICUM ALBUM, KALIUM BROMATUM, SILICEA, PHOSPHORUS, SULFUR, CALCAREA CARBONICA, CALCAREA FLUORICA.

10,30-13,30: casi clinici ed esercitazioni di gruppo.

2 marzo 2014

3° SEMINARIO: UNIVERSO DONNA

8,30-10,30: I problemi della fase adolescenziale: i disturbi dell'attenzione e della concentrazione. Le problematiche dermatologiche: acne giovanile, verruche, l'herpes labiale. Gravidanza e allattamento, vene varicose, la menopausa.

Il rimedio unitario, il complesso omeopatico, il fitoterapico, l'oligoelemento.

MATERIA MEDICA di: NATRUM MURIATICUM, THUJA, RHUS TOX, RICINUS, RANA BUFO, NITRICUM ACIDUM, HAMAMELIS VIRGINIANA, AESCULUS HIPPOCASTANUM, I SERPENTI.

10,30-13,30: casi clinici ed esercitazioni di gruppo.

16 marzo 2014

4° SEMINARIO: EVERGREEN

8,30-10,30: sostegno alla risposta immunitaria, l'equilibrio acido-base, perdita di memoria e astenia, i disturbi del ritmo sonno/veglia. Disturbi cardiocircolatori e muscolo scheletrici.

Il rimedio unitario, il complesso omeopatico, il fitoterapico, l'oligoelemento.

MATERIA MEDICA di: ANTIMONIUM TARTARICUM, CARBO VEGETABILIS, LYCOPODIUM, PASSIFLORA, RIBES NIGRUM, ECHINACEA, ROSA CANINA

10,30-13,00: casi clinici e presentazione dei lavori di gruppo

13,00-13,30: questionario ECM e conclusione dei lavori

EVENTO ECM PER FARMACISTI
Scheda di adesione

La/il Dr. * _____ Titolare/dipendente presso la
Farmacia _____ sita in _____
Prov _____ Via/Piazza _____ n* _____ Cap _____
Nata/o a * _____ il * _____ Residente a * _____
Via/piazza * _____ n* _____ Cap * _____ Prov * _____
Cod. Fiscale * _____ Tel _____
E-mail _____ Albo dei Farmacisti di appartenenza: prov. di _____

CHIEDE

Di essere ammessa/o a partecipare all'evento accreditato ECM:

“Corso di Omeopatia per Farmacisti”

previsto nelle date 2 febbraio, 9 febbraio, 2 marzo, 16 marzo 2014.

A titolo di iscrizione versa la cifra di € 150.00

CHIEDE inoltre di ottenere fatturazione:

- ☐ Diretta al partecipante (*indicare il cod. Fisc.*)
- ☐ ad altro soggetto, es. farmacia (si prega indicarne i dati di seguito, anche apponendo
timbro leggibile riportante esatta *ragione sociale, indirizzo e P. IVA*):

Data _____

In fede, firma per accettazione
