

Circ. n. 101/2017
Prot. n. 161/2017/PP/sr

Torino, 12 Maggio 2017

**A TUTTE LE FARMACIE
DELLA CITTA' METROPOLITANA DI TORINO
LORO INDIRIZZI**

OGGETTO: SCUOLA DI GALENICA-CORSO PRATICO

La scrivente comunica che in collaborazione con l'Associazione Titolari di Farmacia di Cuneo ed il Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco dell'Università di Torino, è stato organizzato il seguente evento formativo:

SCUOLA DI GALENICA

-Corso pratico-

Questo corso ha come obiettivo quello di fornire ai farmacisti aggiornamenti legislativi in merito alla galenica in farmacia e diverse nozioni sugli aspetti gestionali, tecnologici e pratici per l'allestimento delle diverse forme farmaceutiche magistrali e officinali. In particolare durante il corso verrà trattata la *Cannabis* ad uso medico sia per quanto riguarda l'allestimento che gli aggiornamenti normativi.

Sono state organizzate due edizioni del seguente Evento, ognuna delle quali si articolerà in tre giornate formative, la prima edizione si svolgerà nei giorni: 24-25-26 Giugno 2017 o nei giorni 1-2-3- luglio 2017, la seconda edizione si svolgerà nei giorni: 16-17-18 Settembre 2017 o il 30 Settembre 1-2- Ottobre.

Per entrambe le Edizioni vi chiediamo di indicare le date di preferenza tra le due date proposte.

PROGRAMMA:

Prima giornata –

08,45 - 09,00 Registrazione partecipanti

09,00 - 13,00 Primo modulo di laboratorio

Preparazioni solide per uso orale: capsule

13,00 - 14,00 Pausa Pranzo

14,00 - 18,00 Secondo modulo di laboratorio

Allestimento Cannabis ad uso medico: capsule, cartine, bustine

Seconda giornata –

08,45 - 09,00 Registrazione partecipanti

09,00 - 13,00 Terzo modulo di laboratorio

Preparazioni semisolide per applicazione cutanea: unguenti e creme

13,00 - 14,00 Pausa Pranzo

14,00 - 18,00 Quarto modulo di laboratorio

Preparazioni semisolide per applicazione cutanea: geli e paste

Terza giornata –

08,45 - 09,00 Registrazione partecipanti

09,00 - 13,00 Quinto modulo di laboratorio

Preparazioni specifiche per l'uso veterinario

13,00 - 14,00 Pausa Pranzo

14,00 - 18,00 Sesto modulo di laboratorio

Preparazioni specifiche per l'uso pediatrico

18,00 - 18,30 Correzione prove di laboratorio

Tutti i moduli prevedono:

1) Dimostrazione pratica di allestimento da parte dei docenti

2) Esecuzione di alcune formulazioni da parte dei partecipanti:

- Controllo della qualità delle materie prime
- Valutazione della spendibilità della ricetta
- Rilevazione di incompatibilità chimico-fisiche
- Procedure scritte e documentazione relativa all'allestimento della formulazione
- Determinazione della data limite di utilizzo della preparazione
- Controllo del dosaggio e della posologia
- Allestimento della preparazione
- Etichettatura e tariffazione: utilizzo di supporti informatici
- Controllo ed assicurazione della qualità

Il corso, della durata di tre giornate, si svolgerà:

c/o il Laboratorio di Unifarma Distribuzioni

Via N. Sauro 78 – FOSSANO

Provider: Farmaservizi Formazione s.r.l.

Docenti: Prof.ssa Paola Brusa, Dott.ssa Francesca Baratta, Dott.ssa Maria Beatrice Iozzino, Dott. Marco Parente e Dott.sa Arianna Delpiano.

Il costo dell'iscrizione è pari a € **300,00** esente IVA (€ **150,00** esente IVA per i **SOCI A.GI.FAR.:** numero massimo **4** partecipanti).

La partecipazione, è limitata ai primi **15 laureati** in Farmacia e CTF e consentirà l'acquisizione di **34,8 crediti ECM.**

L'iscrizione al corso è obbligatoria ed è da effettuare entro il 29/05/2017:

inviando il modulo via fax 011.56.98.958 oppure tramite

e-mail all'indirizzo: corsi@farmapiemonte.org

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
dott. Paolo PRINO

Scheda di rilevamento dati

“SCUOLA DI GALENICA-CORSO PRATICO”

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 24-25-26 Giugno 2017– FOSSANO

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza _____

Iscr./Ordine/

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____

FIRMA _____

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento)

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____

RAG.SOCIALE _____

CAP: _____ COMUNE _____

CAP: _____ COMUNE _____

C.FISCALE _____

P.IVA _____

NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.

Scheda di rilevamento dati

“SCUOLA DI GALENICA-CORSO PRATICO”

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 1-2-3 Luglio 2017– FOSSANO

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

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

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza _____

Iscr./Ordine/

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro

Libero Professionista Dipendente
 Convenzionato Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____ **FIRMA** _____

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

[PARTECIPANTE]

O

[FARMACIA]

Via _____ CAP: _____ COMUNE _____ C.FISCALE _____	RAG.SOCIALE _____ CAP: _____ COMUNE _____ P.IVA _____
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.

Scheda di rilevamento dati
“SCUOLA DI GALENICA-CORSO PRATICO”
FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 16-17-18 Settembre 2017– FOSSANO

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

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

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____

(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza _____

Iscr./Ordine/

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro Libero Professionista Dipendente
 Convenzionato Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____ FIRMA _____

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE	O	FARMACIA
Via _____		RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____		CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____		P.IVA _____

NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.

Scheda di rilevamento dati

“SCUOLA DI GALENICA-CORSO PRATICO”

FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 30 Settembre -01-02 Ottobre 2017– FOSSANO

COGNOME: _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____
(dove vi verrà inviato l’attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: FARMACIA TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Farmacia di appartenenza _____

Iscr./Ordine/

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro

<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente
<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____ FIRMA _____

FATTURA INTESTATA A (in caso di partecipazione a pagamento) :

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____	RAG.SOCIALE _____
CAP: _____ COMUNE _____	CAP: _____ COMUNE _____
C.FISCALE _____	P.IVA _____

NB: La conferma dell’avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.