

# 关于召开安徽省口腔颌面外科学专委会 2024 年学术年会

## 暨中部崛起-口腔颌面头颈肿瘤多学科诊疗公益巡讲

### 会议通知（第三轮）

尊敬的各单位口腔同仁：

为推动我省口腔颌面外科医学发展，发现、培养和提高中青年骨干医生的诊疗水平，经安徽省口腔医学会批准，安徽省口腔医学会口腔颌面外科学专委会学术年会拟定于 2024 年 6 月 21-23 日在安徽合肥召开，本次会议邀请众多省内知名专家学者讲学，并举办安徽省第二届口腔颌面外科中青年医师病例汇报分享会，为参会医师提供良好的学习机会和交流平台。会议同期由中华口腔医学会口腔颌面-头颈肿瘤专业委员会开展“中部崛起-口腔颌面头颈肿瘤多学科诊疗公益巡讲”继续医学教育项目（**温馨提示**：需完善参会回执方可获得学分）。

口腔颌面外科学专委会诚邀各位口腔同仁和口腔医学生莅临本次会议，请各位专委会委员积极动员和组织相关人员参与，共同为我省口腔颌面外科事业未来的发展做出贡献，衷心感谢大家的支持和积极参与！

**特别提示**：本次安徽省口腔医学会口腔颌面外科学专业委员会学术年会，按照安徽省口腔医学会相关章程，要求专委会委员必须现场参会，无故缺席者将影响下届委员申请资格。

现将会议有关事项通知如下：

一、会议时间：2024 年 6 月 21-23 日

二、会议地点：安徽合肥蜀山区梅山路 18 号 安徽饭店（二楼江淮厅）

三、会议日程安排：

会议日程			
时间	内容	报告人	主持人
6 月 21 日下午			
14:30-17:00	签到		
17:00-17:30	安徽省口腔医学会口外专委会常委会工作会议		后 军主委
6 月 22 日上午			
8:00-12:30	中部崛起-口腔颌面头颈肿瘤多学科诊疗公益巡讲	李龙江教授 魏建华教授 孙长伏教授 季 彤教授 李春洁教授 王志勇教授	王元银院长 郭 平主任 后 军主委 薛浩伟主任

6月22日下午			
14:30-15:10	安徽省口腔医学会口外专委会暨口腔颌面外科 专科联盟工作会议		后 军主委
15:20-15:40	“日间手术”迎来围术期医学学科建设新机遇	陆 姚主任	徐文华副院长
15:45-16:05	腓动脉穿支皮瓣与口腔口咽癌术后功能重建	李建成主任	徐剑波主任
16:10-16:30	颌面部组织缺损的修复与功能重建	陈旭兵主任	廖圣恺主任
16:35-16:55	腮腺良性肿瘤治疗进展	陶德韬主任	方冬冬主任
17:00-17:20	基于磁共振成像的口腔癌精准间室外科手术	周 瑜主任	邱荣华主任
17:25-17:45	口腔临床医生的SCI写作与投稿之路	张亨国副教授	黄 擎主任
6月23日			
08:30-12:30	病例汇报分享会 (点评专家:李建成、薛浩伟、郝新河、陈旭 兵、周瑜、陶德韬、郑先雨)	安徽省口腔颌 面外科中青年 医师代表	郭 平主任 后 军主任
14:00-15:00	会议总结、闭幕		后 军主委

#### 四、参会报名方式:



本次会议免收会务费，报名采用线上预报名方式，请各位参会人员及参赛人员扫描二维码，报名注册。

#### 五、报名病例汇报分享会事项:

##### (一): 参会条件

我省各级医院(含专科联盟成员单位)口腔颌面外科40周岁(1984年6月1日后出生)以下的中青年医师、在读研究生等均可自愿报名参加。

##### (二): 参会方式

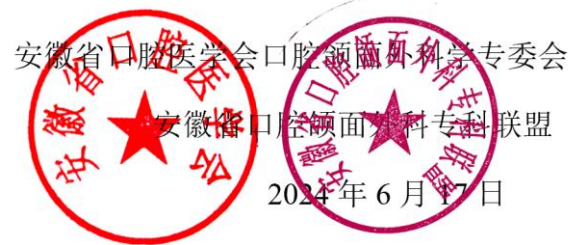
1. 汇报医师选择口腔颌面外科典型病例(包括但不限于头颈肿瘤、创伤、畸形整复、牙槽外科、种植等),填写《病例汇报分享会报名表》(附件1)发送至邮箱号 [758569570@qq.com](mailto:758569570@qq.com) 或微信号 [yang13012566623](https://www.weixin.qq.com/wxa/yang13012566623);
2. 每位参会者上级医师负责病例指导,科主任确保病例真实性;
3. 报名截止时间为2024年6月19日;
4. 参会联系人:凤麟飞:13721029122 杨 浩:13012566623。

##### (三): 参会规则

1. 内容形式为PPT展示,限时8分钟,超时将扣分,汇报分享内容包括病史简介、病例特点、分析讨论等内容;
2. 本次病例分享会将邀请省内资深口腔颌面外科专家评选出若干优秀病例进行大会发言展示,并对病例选择、诊治思路、语言表达、仪容仪表、PPT制作等方面做针对性点评、讨论。
3. 评出的优秀病例汇报,由安徽省口腔医学会颁发证书,并优先推荐参加全国学术交流活动。

## 六、交通住宿

会议期间参会及参赛人员的住宿和交通自理，会议提供6月22日--6月23日简餐。学习班协议酒店—安徽饭店（A楼住宿含双早协议价：**350元/天**；酒店联系人：王丽娜13739239911）。



注：1. 后续通知如有变动，以最新通知为准；

2. 此会议通知仅用于本次注册等相关手续。任何其他单位或个人不得擅自修改或挪为他用。

附件 1

中青年医师病例汇报分享会报名表

医师姓名		性 别		出生年月	
职 称		所在医院		所在科室	
医院级别		联系电话		上级医师	
病例信息 (分享病例名称: _____)					
患者姓名		性 别		年 龄	
入院日期		出院日期		出院情况	
入院诊断					
出院诊断					
病史小结					
上级医师意见					
科主任意见					