

中国医疗保健国际交流促进会

中国医疗保健国际交流促进会病理学分会 2019 年年会暨第一届华夏病理论坛暨儿科病理进展 继续教育学习班

（第二通知）

精准医疗时代的到来，给肿瘤患者的诊断和治疗模式带来了革命性的转变，也对病理诊断提出了更多、更高的要求。随着数字扫描技术的进步与发展，由数字病理及人工智能拓展而来的临床应用也越来越广泛。为提高国内肿瘤疾病的病理诊断水平，接轨国际最新病理诊断标准，让广大病理工作者紧跟病理发展的大步伐，了解数字病理及人工智能在病理诊断工作中的应用。同时为了进一步提高儿童疾病的临床病理诊断水平，更好地促进我国儿科病理的发展，由中国医疗保健国际交流促进会病理学分会与复旦大学附属儿科医院共同主办，福建省抗癌协会肿瘤病理专业委员会、福建省肿瘤医院、福建省福州儿童医院协办的“2019年第五届中国医疗保健国际交流促进会病理学分会年会暨儿科病理进展继续教育学习班”（项目编号 2019-06-04-005（国））拟定于 2019 年 5 月 17 日-20 日在福建省福州市举办。本次会议邀请国内外的病理专家对人工智能在病理中的应用、儿童病理诊断新进展等各方面的内容进行学术讲座与交流。

相信本次会议将是病理领域的一场学术盛宴。在此，我们诚挚地邀请各级医院病理及临床医师参会，相互交流，共同探讨，共享进步！

会议期间将进行中国医疗保健国际交流促进会病理学分会第五届常委会议，同期召开福建省抗癌协会第三届肿瘤病理专业委员会全委会及青委会全委会，并将成立中国抗癌协会肿瘤病理专业委员会儿童肿瘤病理学组，请相关人员务必参加。

会议具体安排如下：

- 1、时间安排：2019 年 5 月 17 日全天报到（10:00-22:00），18 日~19 日开会，20 日撤离。



2、会议地点：福州香格里拉大酒店

地址：福建省福州市鼓楼区新权南路9号；电话：0591-87988888

3、会议内容：

细胞病理智能诊断系统的研发及应用前景

丁彦青 教授 广州南方医院

人工智能与远程病理的再思考

步 宏 教授 四川大学华西医院

基于影像和病理大数据融合的影像组学及其临床应用

田 捷 教授 中国科学院自动化研究所

计算病理：从数字病理到精准医学

徐 军 教授 南京信息工程大学

中国远程病理的发展与挑战

梁 莉 教授 南方医科大学基础医学院

湘雅医院冰冻远程病理会诊现状与思考

周建华 教授 中南大学湘雅医院

人工智能驱动肿瘤免疫治疗的精准诊断新体系

陈 刚 教授 福建省肿瘤医院

高峰论坛

讨论：人工智能与病理

儿童 EBV 相关的淋巴组织增生性疾病

王 哲 教授 空军军医大学西京医院

儿童软组织肿瘤

王 坚 教授 复旦大学附属肿瘤医院

伴有遗传性肿瘤综合症的妇科肿瘤

杨文涛 教授 复旦大学附属肿瘤医院

儿童女性生殖系统病理诊断新进展



卢朝辉 教授 北京协和医院

儿童遗传代谢性肝病的病理诊断

陈 莲 教授 复旦大学附属儿科医院病理科

巨结肠疾病 (Hirschsprung disease) 的病理诊断及其注意事项

王 亮 教授 美国洛杉矶儿童医院

儿童神经系统肿瘤病理诊断新进展

汪 寅 教授 复旦大学附属华山医院

儿童呼吸系统肿瘤病理诊断新进展

何乐健教授 首都医科大学附属北京儿童医院病理科

4、会议注册：福建省外代表注册费 600 元/人，福建省内代表 400 元/人。大会统一安排食宿，差旅费及住宿费自理。【住宿标准：福州香格里拉酒店，单间/标间同价，540 元间/晚。以上房型数量有限，按报名先后安排酒店及房间。】

5、学分授予：参会代表按规定完成全部课程，可授予国家级继续教育 I 类学分。

6、报名方式：

1、微会议电子回执：

(1) 扫描（或长按）右侧“会议注册二维码”并关注。

(2) 点击屏幕左下角的“会议”，在会议列表选定您需要参加的会议，点击“去报名”，进入该会议的电子注册平台并点击“注册签到”完善个人信息后点击“提交”即可完成报名。

2、邮件回执：黄美珠 947461517@qq.com

3、短信回执：黄美珠 139 5041 0998

备注：请于 2019 年 5 月 10 日前提交报名信息。邮件及短信回执信息要求如下：姓名、性别、单位、科室、电话、邮箱、住宿要求（酒店、单间/标间），见



回执单。

7、联系方式：

会议秘书处：何 诚 TEL:137 0599 0760 E-mail:hctudou@126.com

会 务 组：雷青容 TEL:181 2094 6439 E-mail:641105970@qq.com

傅萍萍 TEL:159 8570 9826 E-mail:2528194324@qq.com

中国医疗保健国际交流促进会病理学分会

复旦大学附属儿科医院



会议回执

姓名		性别		年龄		职称职务	
单位						联系电话	
单位地址						邮 编	
是否住宿：是（ ） 否（ ） 单人间（ ） 双人间（ ）							
住宿酒店：							

（此表复印有效）