

Република Српска
УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ
Сенат Универзитета

Број: 05-785-XLIV-11.2.2/11
Дана, 03.03.2011. године

На основу члана 77. и 94. Закона о високом образовању („Службени гласник Републике Српске“, број: 73/10) и члана 34. став (1) алинеја 5) Статута Универзитета у Бањој Луци, Сенат Универзитета на 44. сједници од 03.03.2011. године, д о н о с и

О Д Л У К У

1. **Др Бранислав Гашић** бира се у звање доцента за ужу научну област Интерна медицина, на период од пет година.
2. Ова Одлука ступа на снагу даном доношења.

Образложење

Универзитет у Бањој Луци на приједлог Наставно-научног вијећа Медицинског факултета расписао је дана 01.12.2010. године Конкурс за избор наставника за ужу научну област Интерна медицина.

На расписан Конкурс пријавио се један кандидат и то: др Бранислав Гашић.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета у Бањој Луци на сједници одржаној 14.12.2010. године, образовало је Комисију за писање извјештаја за избор наставника у одређено звање. Комисија је припремила писмени извјештај, предложила да се изврши избор као у диспозитиву ове Одлуке и исти доставила Наставно-научном вијећу Медицинског факултета на разматрање и одлучивање.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета у Бањој Луци на сједници одржаној 10.02.2011. године констатовало је да др Бранислав Гашић испуњава у цјелости услове и утврдило приједлог да се др Бранислав Гашић изабере у звање доцента за ужу научну област Интерна медицина, на период од пет година.

Сенат Универзитета је на 44. сједници одржаној 03.03.2010. године утврдио да је утврђени приједлог из претходног става у складу са одредбама Закона о високом образовању и Статута Универзитета.

Сагласно члану 77. Закона о високом образовању и члану 131. Статута Универзитета, одлучено је као у диспозитиву ове Одлуке.

ПРАВНА ПОУКА: Против ове Одлуке може се поднијети захтјев за преиспитивање Сенату Универзитета у Бањој Луци у року од 15 дана од дана пријема исте.

Достављено:

1. Медицинском факултету 2х,
2. Материјал сједнице
3. а/а.



**ПРЕДСЈЕДАВАЈУЋИ СЕНАТА
РЕКТОР**

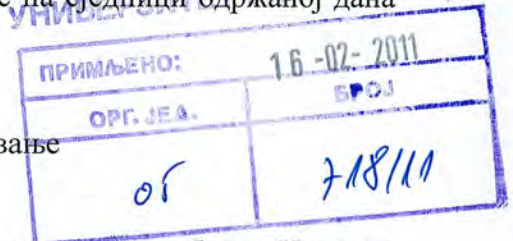
Stanko Stanić
Проф. др Станко Станић



Број: 0602- 112/2011
Дана, 11.02.2011.

На основу члана 77., 81. и 83. Закона о високом образовању ("Службени гласник Републике Српске" број: 73/10), а у складу са чланом 131. и 136. Статута Универзитета у Бањој Луци, Наставно-научно вијеће Медицинског факултета на сједници одржаној дана 10.02.2011. године, **д о н и ј е л о је приједлог**

О Д Л У К Е
о утврђивању приједлога за избор у звање



Др Бранислав Гашић, бира се у звање доцента, за ужу научну област Интерна медицина, на период од 5 (пет) година.

Образложење:

Универзитет у Бањој Луци на приједлог Наставно-научног вијећа Медицинског факултета расписао је дана 01.12.2010. године Конкурс за избор наставника за ужу научну област Интерна медицина.

На расписани Конкурс пријавио се 1 кандидат и то: др Бранислав Гашић.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета, на сједници одржаној дана 14.12.2010. године образовало је Комисију за писање извјештаја за избор наставника у одређено звање.

Комисија је припремила писмени извјештај, предложила да се изврши избор као у диспозитиву ове Одлуке и исти доставила Наставно-научном вијећу Медицинског факултета на разматрање и одлучивање.

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета на сједници одржаној дана 10.02.2011. године констатовало је да др Бранислав Гашић испуњава у цијелости услове и утврдило приједлог да се др Бранислав Гашић изабере у звање доцента за ужу научну област Интерна медицина, на период од 5 (пет) година и исти доставило Универзитету у Бањој Луци ради даљег поступка.

Саставни дио ове Одлуке је Извјештај Комисије за разматрање конкурсног материјала и писања извјештаја за избор у академска звања на Универзитету.

Достављено:

1. Сенату Универзитета,
2. Струковном вијећу,
3. Кандидату,
4. а/а



Предсједник
Наставно-научног вијећа
Проф. др Зденка Кривокућа

Датум: 18. 01. 2011

Наставно-научно вијеће Медицинског факултета Универзитета у Бањој Луци је на сједници одржаној 14.12.2010. године, одлуком број:0602-893/2010 именовало је Комисију за писање извјештаја за избор наставника за ужу научну област ИНТЕРНА МЕДИЦИНА, у саставу:

1. Др Сандра Хотић-Лазаревић, ванредни професор, ужа научна област Интерна медицина Медицински факултета Бања Лука
2. Др Дијана Јовановић, ванредни професор, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Београд
3. Др Марко Шобо, доцент, ужа научна област Интерна медицина, Медицински факултет Бања Лука

ИЗВЈЕШТАЈ КОМИСИЈЕ О ПРИЈАВЉЕНИМ КАНДИДАТИМА ЗА ИЗБОР У ЗВАЊЕ

I ПОДАЦИ О КОНКУРСУ

Конкурс објављен: 01.12.2010. "Глас Српске"

Ужа научна област: Интерна медицина

Назив факултета: Медицински факултет

Број пријављених кандидата: 1 (један)

Број кандидата који се бирају: 1 (један)

II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ

1. Основни биографски подаци

Име, средње име и презиме: Бранислав (Дане) Гашић

Датум и мјесто рођења: 01.01.1961. Гламоч

Установе у којима је био запослен: Дом здравља Лакташи (1990.-1999.), Клинички центар Бања Лука од 1999. до данас.

Звања радна мјеста: доктор медицине, специјалиста интерне медицине, ужа специјализација – специјалиста нефролог.

Научна умјетничка област: Интерна медицина

Чланство у научним и стручним организацијама или удружењима: Удружење доктора медицине РС, Удружење нефролога РС

2. Биографија, дипломе и звања

Основне студије:

Назив институције: Медицински факултет Бања Лука

Мјесто и година завршетка: Бања Лука, 1988.

Постдипломске студије:

Назив институције: Медицински факултет, УКЦ Београд

Мјесто и година завршетка: Београд, 2005.

Назив магистарског рада: "Однос величине и функције бубрега код болесника са различитим бубрежним болестима".

Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина

Докторат:

Назив институције: Медицински факултет Бања Лука

Мјесто и година завршетка: Бања Лука, 2008.

Назив дисертације: "Секундарне болести бубрега и нефротски синдром".

Ужа научна/умјетничка област: Интерна медицина

Претходни избори у наставна и научна звања (институција, звање и период): Медицински факултет Бања Лука, виши асистент, 2008.

3. Научна дјелатност кандидата

3.1. Радови прије последњег избора

3.1.1. Оригинални научни рад у часопису националног значаја

1. Влатковић В, Гашић Б, Утхофф С, Јаковљевић Б. Унапређење квалитета хемодијализе болесника са великом тјелесном масом и површином и великим волуменом дистрибуције уреје. Сцр Мед 2007; 38 (1).

5 бодова

Сажетак. Болесници са великом тјелесном масом и површином и великим волуменом дистрибуције уреје, који се лијече хемодијализом (HD), имају ризик од недовољне дозе остварене HD (OHD), због чега је код њих од посебног значаја редовно мјерење OHD, контрола адекватности HD и њене варијабилности. Модул за непрекидно праћење клиренса (енгл., Online Clearance Monitoring, OCM) може бити корисно средство за мјерење OHD. Циљ испитивања је био да се утврди OHD код болесника са великом тјелесном масом, површином, и волуменом дистрибуције и испита утицај промјене параметара HD на OHD употребом OCM. Одабрано је 5 болесника на ХД са сувом тјелесном масом већом од 75 кг, тјелесном површином већом од 2 м² и волуменом дистрибуције већим од 42 л, чија је OHD измјерена OCM и изражена индексом Кт/В била мања од 1,2. Сви болесници су били мушкарци, средње животне доби 52,4 ± 4,56 година, на HD три пута седмично, дуже од 6 мјесеци. Прве 3 недеље су биле период праћења. У 4. и 5. недељи је повећан проток крви за 50 ml/min и проток дијализата за 300 ml/min респективно. У 6. недељи, дијализатор је замијењен ефикаснијим. У 7. недељи, вријеме дијализирања је продужено за 30 мин. Свака промјена је била праћена са 3 мјерења OHD употребом OCM, а средње вриједности су коришћене за утврђивање ефикасности. Добијене вриједности OCM индекса Кт/В на крају испитивања су биле значајно веће него на пошетку (p < 0,001), што указује на потребу непрекидног праћења и увида у сваку дијализну сесију и постизање максималне индивидуализације лијечења.

3.1.2. Радови у зборнику радова са међународног научног скупа

1. Јовановић Д, Гашић Б, Павловић С, Димитријевић Ј, Нешић В, Ђукановић Л. Focal-segmental glomerulosclerosis. Clinico-morphological correlation. Bantao Journal. Septembar, 2003; 1 (1).PP

2 бода

FSGS composes 10% of all glomerulonephritis, but its importance comes from its fast progression to end-stage renal failur as well as poor response to corticosteroids. In the period from 1996 to 2001, 508 renal biopsies were performed at our Clinic, and FSGS was found in 51 (10%) cases. Diagnosis of primary FSGS was established in 20 patients (pts) (10 women and 10 men) aged between 22 and 65. In this group clinical findings, laboratory and pathomorphological changes were analyzed. For pathomorphological analysis we used semiquantitative scores to evaluate indexes of glomerular sclerosis, blood vessel and tubulointerstitials changes, and activity and chronicity of the disease. Analysis of clinical features and laboratory findings revealed that all pts had proteinuria, one half of pts had hypertension and leucocituria, 14 pts (70%) erythrociuturaia, 7 pts (35%) cilindruria and 14 pts (70%) impaired urine concentrating ability. Sixty percent of pts had reduced creatinine clearence (<

80ml/min) and 85% pts had hypercholesterolaemia, hypertriglyceridaemia and hypoproteinaemia. Immunological analysis revealed: decreased IgG and C3 in 20%, and IgM and C4 in 10% of pts; increased CIC in 10% and ANA in 15% of pts. Pathomorphological analysis showed changes on glomeruli, moderate tubulointerstitial changes, and mild blood vessel changes with higher index or chronicity than activity. Positive correlation was found between serum creatinine levels and interstitial infiltration, interstitial fibrosis and tubular atrophy ($p < 0,01$). Present study confirmed our previous results that FSGS comprised about 10% of primary glomerulonephritis and that in spite of severe glomerular changes renal function correlated significantly only with tubulointerstitial indexes.

3. Јовановић Д, Гашић Б, Павловић С, Наумовић Р, Нешић В. Relation between kidney size and functions in patients with various kidney diseases. PW 25. Abstract book „XVIII Danube symposium of nephrology“. Септембар, 2006. Нови Сад.

2 бода

Echsonography is a simple, plain and cheap method and represents very important diagnostical method in nephrology. So, in the present study, 49 patients (21 men) aged between 23 and 75 ($46,02 \pm 14,27$) years with chronic renal failure (CRF) and various renal diseases were analysed. Control group I consisted of 12 non-renal patients (10 men) with normal renal function, aged between 20 and 79 ($55,83 \pm 17,62$) years. Control group II consisted of 10 healthy persons (2 men) aged between 23 and 52 ($33,00 \pm 10,08$) years. The kidney dimensions were measured by US using the sector probe of 3,5 MHz. In patients with CRF aztemia has been increasing and anemia worsening parallel with kidney function deterioration. These patients had significantly thinner and echogenic renal parenchyma in comparison with the control groups. Better echogenicity of renal parenchyma was found in women. In Control group II, the left kidney was longer and thicker than the right one, but insignificantly. Volume of the left kidney was greater in all analysed groups but not significantly. The left kidney was significantly wider and with thicker parenchyma than the right in renal patients with normal renal function, but this difference disappeared with the impairment of renal failur. Significant difference of creatinine clearence (CCr) and volume, width thickness and lenght of the kidneys was found between Control group II and both groups of patients. Ratio between CCr and kidney volume was significantly higher in healthy persons than in patients. Significant correlation between kidney size and kidney function and 24 h proteinuria was found in renal patients. This correlation was not found in both control groups. In conclusion, kidney echosonography presents one of the important diagnostic methods in patients with renal diseases. Measurement of kidney dimensions may be useful for evaluation of kidney function and its change during CRF progression.

3.2. Радови послје последњег избора

3.2.1. Оригинални научни рад у часопису међународног значаја

1. Гашић Б, Доминовић-Ковачевић А, Балабан И, Влатковић В, Миљковић С, Ђајић В, Грбић А. Correlation of renal impairment and duration of hemodialysis with electromyoneurographic findings in chronic kidney disease. *Curr Top Neurol Psychiatr Relat Discip* 2010; 18 (2).

8 бодова

Сажетак: Уремијска полинеуропатија је чест пратећи знак хроничне бубрежне инсуфицијенције. Бројне студије су показале да адекватном хемодијализом (ХД) може да дође до побољшања знакова и симптома полинеуропатије. Основни циљ овог истраживања је утврђивање корелација између дужине трајања ХД и врсте полинеуропатије, те корелација између дужине трајања ХД и сензорне и моторне нервне брзине проводљивости. Истраживањем је обухваћено 30 пацијената (12 жена и 18 мушкараца), просјечне старости $62,67 \pm 13,2$ годи- не. Пацијенти су подијељени у три групе од по 10 пацијената : група са ХБИ без потребе за ХД, група на дијализи од годину дана и група на дијализи дуже од годину дана). Електромионеурографијом је праћена сензорна брзина провођења за н. суралис и моторна брзина провођења за н. перонеус, уз анализу сензорног неурограма и моторног акционог потенцијала.

На интермитентној ХД просјечне дужине трајања 3.85 ± 1.5 година је било 20 болесника (медијана 1.5, опсег 1-12 год). Добијени подаци су показали да је сензорну полинеуропатију имало 19 пацијената, сензомоторну осам, док су без неуропатије била три пацијента. Иако бројне студије показују повезаност сензорне и моторне нервне брзине проводљивости са степеном оштећења бубрежне функције и дужином трајања ХД, у нашем истраживању смо уочили негативну али не и статистички значајну повезаност међу овим варијаблама. Могућ разлог је постојање екстремних вриједности међу испитиваним варијаблама, старија доб испитиваних пацијената, а код хемодијализираних пацијената један од разлога негативне корелације између испитиваних варијабли могла би да буде и неадекватна дијализна терапија

3.2.2. Оригинални научни радови у часопису националног значаја

1. Грбић А, Лакић Ј, Бојић М, **Гашић Б**. Узроци секундарног неуспјеха пероралне терапије у болесника са дијабетес меллитусом тип 2. Scr Med 2010.

5 бодова

Сажетак. Дијабетес меллитус тип 2 се карактерише варијабилном комбинацијом инсулинске резистенције и инсулинског секреторног дефицита. Секундарни терапијски неуспјех оралне терапије се дефинише као изостанак повољног реаговања на оралну терапију која је у претходном периоду била ефективна. Пацијенти са секундарним терапијским неуспјехом представљају значајан терапијски проблем а нарочито гојазни пацијенти. Проспективна студија је обухватила 100 испитаника који су подијељени у двије групе (пацијенти са дијабетес меллитусом тип 2 и испољеним СН и пацијенти са дијабетес мелитусом тип 2 без испољеног СН). Поред параметара гликорегулације којима је потврђен СН оралне терапије свим пацијентима су рађени параметри за процјену инсулинске секреције и инсулинске резистенције. Испитивањем је утврђено да у групи пацијената са утврђеним СН оралне терапије постоји значајно редукована бета ћелијска функција као и значајна инсулинска резистенција. И један и други поремећај представљају значајне факторе у настанку секундарног терапијског неуспјеха.

2. Грбић А, Лакић Ј, Бојић М, **Гашић Б**. Значај нивоа фибриногена и липидног статуса на испољавање секундарног терапијског неуспјеха у пацијената са дијабетес меллитусом тип 2. Scr Med 2010.

5 бодова

Сажетак. Секундарни неуспјех (СН) оралне терапије у дијабетес мелитусу тип 2 се дефинише као изостанак повољног реаговања на оралну терапију која је у претходном периоду болести била ефективна. Претпостављени су различити механизми који утичу на настанак секундарног терапијског неуспјеха. Циљ рада је био да се установи ниво фибриногена и липидни статус код пацијената са испољеним секундарним терапијским неуспјехом. У раду је испитано 100 пацијената који су подијељени у двије групе. Прву групу су чинили пацијенти са дијабетес мелитусом тип 2 и испољеним СН док су другу групу такође чинили пацијенти са типом 2 дијабетеса али без СН оралне терапије. Анализом резултата фибриногена утврђено је да је проценат пацијената који имају повишен фибриноген 4,5 пута већи у групи пацијената са СН оралне терапије. Такође је постојала статистички значајна разлика између свих липидних параметара, осим у нивоу укупног холестерола.

3.2.3. Радови у зборнику радова са међународног научно скупа

1. Грбић А, Лакић Ј, Гашић Б. Секундарни неуспјех оралне терапије у типу 2 дијабетеса - терапијска улога метформина. Зборник радова „4. Радионице о дијабетесу и компликацијама“. Berlin-Chemie Menarini.

2 бода

Сажетак. Увод. Секундарни терапијски неуспјех (СН) монотерапије у дијабетес мелитусу тип 2 настаје након дуже успјешне примјене једног оралног средства. Према подацима из литературе јавље се код 5-10% пацијената годишње. Ако дође до секундарног неуспјеха препоручује се више могућих наставака терапије. Циљ рада: је био испитивање ефеката метформина на параметре гликорегулативе код пацијената са испољеним СН као и утврђивање утицаја метформина на метаболичке параметре код ових пацијената. Методе рада: у проспективном студију у трајању од три мјесеца укључено је 40 испитаника који су били подијељени у три групе. Прву групу су чинили пацијенти са испољеним секундарним терапијским неуспјехом монотерапије сулфонилурејом и присутним метаболичким синдромом којима је у терапију додат метформин. Другу групу су такође чинили пацијенти са испољеним секундарним терапијским неуспјехом монотерапије сулфонилурејом, без присуства метаболичког синдрома којима је дотадашњи препарат сулфонилуреје замијењен другим препаратом из групе сулфонилуреје. Код обе групе су прије почетка истраживања и 3 мјесеца након новог терапијског режима урађени параметри гликорегулације (HbA1c, гликемија наше и дневни профил гликемија) као и параметри метаболичке контроле (липидни параметри и обим струка). Резултати рада: показана је значајна терапијска ефикасност метформина на све параметре гликорегулације и на већину метаболичких параметара. Закључак: избор лијечења у секундарном терапијском неуспјеху зависи од доминантног патогенетског механизма настанка. У овом раду је показано да су клинички параметри метаболичког синдрома били добар начин одабира пацијената за третман секундарног терапијског неуспјеха. Инзулинска резистенција представља један од могућих механизма настанка секундарног терапијског неуспјеха, што уз друге параметре метаболичког синдрома у знатној мјери доприноси погоршању параметара гликорегулације. У овој студији је показан значајан позитиван утицај метформина на превазилажење секундарног терапијског неуспјеха, посебно у пацијената са постојањем метаболичког синдрома.

2. Рабреновић В, Ковачевић З, Јовановић Д, Петровић М, Обренчевић К, Чукић З, Гашић Б. Хеморагична грозница са бубрежним синдромом (HGBS)-наша искуства (1989-2009). Књига сажетака 1. Конгреса нефролога Србије, Београд. Октобар, 2010; 21

2 бода

ХГБС је акутно вирусно обољење из групе зооноза чији је изазивач РНА-вирус из рода Хантанвируса. Методе: У периоду од 1989-2009 год. лечено је 145 бол. (97,3% мушкараца, 2,7% жена у доби од 18-62 год). У раду смо анализирали: фазе болести при пријему, трајање појединих фаза, клиничке симптоме и знаке, терапију и исход болести. Резултати: Према фазама болести хоспитализација је код 62,7% уследила у олигуријској фази, 21,1% у хипотензивној, 11,7% у полиуријској, 2,1% у реконвалесцентној и 1,7% у фебрилној фази. Клиничке фазе су трајале: продромална од 3-10 дана, фебрилна 3-8, хипотензивна до 1 дан, олигуријска око 3 дана, полиуријска око 10 дана, реконвалесцентна 3-12 нед. Најзаступљенији сој вируса био је Хантаан (46%), Београд (33%) и Пумала (21%). У последњих 5 год. од 17 бол. 16 је имало Хантаан а 1 Пумала вирус, док Београд вирус није био заступљен. Од клиничких симптома били су испољени: фебрилност, главобоља, анорексија, абдоминална бол (99%), бол у леђима, хиперемија лица (95%), гађење 84%, мијалгија (82%), повраћање 80%, субкоњуктивалне хеморагије 75%, хипертензија 65%, док су остали симптоми били у мањем проценту. Лечење је било симптоматско а хемодијализе су спроведене код 71% болесника/Цр 400-500/ у то просечно око 5 процедура. Морталитет је износио 1,37% (2 бол.), док други аутори описују од 0.5-16.3%. Од касних секвела код 11 (7,56%) бол. је дошло до развоја хр. бубрежне инсуфицијенције (7 бол. са Београд вирусом и 4 бол. са Хантаан вирусом), 2 бол. су на хроничном програму хемодијализе а 2 су трансплантирана. Код 3 бол. (2,06%) у каснијем периоду испољава се артеријска

хипертензија, а код 3 ендокринолошки поремећаји: 2 бол. (1,3%) имају хипотиреозу и стерилитет а 1 бол. (0,68%) хипопитуитаризам. Закључак: ХГБС је вирусно обољење акутног тока које се карактерише потпуним опоравком захваћених органа и система (бубрег, јетра, плућа). Ипак у малом проценту болесника се могу испољити и хроничне лезије бубрега са каснијом прогресијом.

3. Рабреновић В, Ђулафић С, Рабреновић М, Ковачевић З, Матуновић Р, Петровић М, **Гашић Б.** Анеуризма артерије субклавије код болеснице са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом као узрок главобоље – приказ случаја. Књига сажетака 1. Конгреса нефролога Србије, Београд. Октобар, 2010; 63 (Р35).

2 бода

Циљ: приказом случаја болеснице са хроничном бубрежном инсуфицијенцијом (ХБИ) и артеријском хипертензијом указати на могућност ретког узрока главобоље код ових болесника, као што је анеуризма артерије субклавије. Приказ случаја: Болесница у доби од 71 год са ХБИ (креатинин до 180) и добро регулисаном арт. хипертензијом (ТА до 130/80 ммХг) имала је стално главобољу и болове у левој половини врата. Ради разјашњења етиологије константне главобоље започето је рентгенолошко испитивање. Учињена је МР главе где су искључени могући интрацеребрални узроци (хеморагија, тумор). Након тога учињен је МСЦТ крвних судова врата и раменог појаса. На каротидама запажене су обострано субстенозе (до 75%) као и анеуризма (35 x 17 мм) леве а. субклавије. Због могућности руптуре анеуризме а. субклавије одлучено је да се пласира стент (Слика 1). Након пласирања стент графта: протеге ГПС 12 + 80 мм, (Слика 2), болесница је у наредном периоду добијала одговарајућу антиагрегациону терапију. После 2 дана од интервенције главобоља и болови у левој половини врата су престали. Контролна ангиографија показала је смањење дијаметра анеуризме и коректан положај стента. Закључак: Анеуризма артерије субклавије компресивним ефектом на нервне структуре врата може у ретким случајевима бити узрок главобоље и болова у врату.

4. Образовна дјелатност кандидата

4.1. Образовна дјелатност прије последњег избора

Др сц.мед. Бранислав Гашић учествује као ментор практичне наставе за студенте Медицинског факултета од 1998. године.

4.2. Образовна дјелатност после последњег избора

4.2.1. Квалитет педагошког рада

Виши асистент др сц.мед. Бранислав Гашић учествује у извођењу наставе на 3 студијска програма (медицина, стоматологија, здравствена нега), те одржао низ предавања из области нефрологије.

4 бода

5. Стручна дјелатност кандидата

1. Стручна дјелатност

- 5.1.1. Др сц.мед. Бранислав Гашић, у току своје клиничке праксе одржао је едукацију за:
- извођење биопсије бубрега и трансплантацију бубрега.

Укупан број бодова:

Научна дјелатност кандидата прије последњег избора укупан број бодова: 9

Научна дјелатност кандидата последије последњег избора - укупан број бодова : 18
Образовна дјелатност последије последњег избора - укупан број бодова: 4

УКУПНА БРОЈ БОДОВА: 31

АНАЛИЗА РАДА КАНДИДАТА, ПЕДАГОШКА-НАСТАВНА И СТРУЧНА АКТИВНОСТ

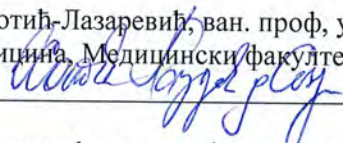
У оквиру свог научно-истраживачког рада виши асистент др сц.мед. Бранислав Гашић је показао посебно интересовање за истраживања из обољења нефрологије. У редовној настави за студенте медицине учествује од 1998. године. Редовно учествује у одржавању колоквијума, семинара за студенте медицине, стоматологије и здравствене његе. Одржава едукације из нефрологије, за извођење биопсије и трансплантације бубрега, као и других вјештина из нефрологије. Своје радове презентовао је на више међународних скупова, гдје је увијек остављао изванредан утисак. Непрекидно је ангажован у научним и стручним активностима кроз сталну сарадњу и уско специјалистичко усавршавање из области нефрологије, чиме је путем знања прокрчио пут до звања.

III ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ

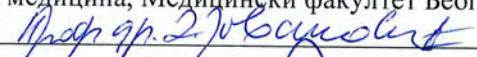
Др Бранислав Гашић је својим досадашњим стручним, научним и педагошким радом, те едукацијом из области нефрологије допринијео развоју Катедре за интерну медицину Медицинског факултета у Бањалуци. У складу са Законом о високом образовању и Статутом Универзитета Којима су прописани услови за избор наставника, узимајући у обзир квалитет објављених радова, те научно-истраживачке активности кандидата, Комисија констатује да Др сц.мед. Бранислав Гашић испуњава услове за избор у звање доцента. На основу напријед изнесеног Комисија са великим задовољством предлаже да се др Бранислав Гашић изабере у звање доцента за ужу научну област Интерна медицина.

Чланови Комисије:

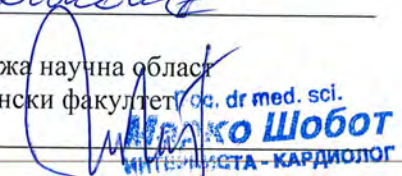
1. Др Сандра Хотић-Лазаревић, ван. проф, ужа научна област
Интерна медицина, Медицински факултет Бања Лука



2. Др Дијана Јовановић, ван. проф, ужа научна област
Интерна медицина, Медицински факултет Београд



3. Др Марко Шобот, доцент, ужа научна област
Интерна медицина, Медицински факултет



Бања Лука, Београд: 13.01.2011. год