



# Bulletin d'inscription LES URGENCES MEDICALES (AFGSU 2)

**Avec ateliers**

**Session limitée à 12 participants**



**à Vannes les 12-13 et 14 décembre 2018**

L'objectif de cette formation validante (AFGSU 2) est d'identifier et de prendre en charge seul, ou avec son assistante dentaire, un patient en situation d'urgence mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée des urgences. Vous apprendrez à gérer votre stress pour être le plus efficace possible dans la prise en charge de l'urgence.

## PROGRAMME

Chirurgien-dentiste et assistant(e) dentaire (3 jours - 21 heures) AFGSU 2 9h à 17h30

| Jour 1  | Jour 2   | Jour 3   |
|---|--|--|
| <p><b>Urgences potentielles I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Malaise vagal</li> <li>· Hypoglycémie</li> <li>· Crise d'asthme</li> <li>· Douleur thoracique</li> </ul> <p>· Accident vasculaire cérébral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Convulsions</li> </ul> <p><b>Urgences vitales I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Obstruction des voies aériennes</li> <li>· Hémorragies</li> <li>· Troubles de la conscience</li> <li>· État de choc anaphylactique</li> <li>· Arrêt cardio-respiratoire 1 : le praticien au cabinet dentaire</li> </ul> | <p><b>Urgences vitales II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Arrêt cardio-respiratoire 2 : le praticien au cabinet</li> <li>· Arrêt cardio-respiratoire 3 : le praticien dans un lieu public</li> <li>· Arrêt cardio-respiratoire 4 : le praticien dans un cadre privé</li> </ul> <p><b>Urgences potentielles II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Plaies et brûlures</li> <li>· Traumatismes osseux</li> <li>· Accouchement inopiné</li> </ul> | <p><b>Rappels et nouvelles mises en situations pratiques</b></p> <p>Urgences collectives</p> <p>Les plans de secours</p> <p>Risques biologiques et chimiques</p> <p>Questions-réponses</p> <p>Évaluation de la formation</p> |

**Demandez conseils au 01 44 90 93 91/94 ou [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr)**

### Tarifs et inscription :

Ce bulletin d'inscription fait office de devis et de programme pour vos demandes de prise en charge

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Tarif praticien adhérent 750 €</b>   |   | <input type="checkbox"/> <b>Praticien non adhérent 850 €</b> |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Avec le FIF PL</b>   | <input type="checkbox"/> Je suis chirurgien-dentiste libéral<br><input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS<br>Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <a href="http://www.fifpl.fr">www.fifpl.fr</a>                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Tarif assistant(e) praticien adhérent 640 €</b>                                |   | <input type="checkbox"/> <b>non adhérent 660 €</b>           |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Avec ACTALIANS</b><br>SIRET : 784 719 247 000 57<br>N° organisme : 11752372075 | <input type="checkbox"/> Je suis assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet<br><input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS<br>Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <a href="http://www.actaliens.fr">www.actaliens.fr</a> |  |  |

Nom du praticien : ..... Prénom : .....  
 Nom de l'assistant(e) : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Email : .....  
 Numéro de téléphone : .....  
 ADELI : ..... RPPS : .....

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Les lieux, horaires et conventions me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation. Pour toute annulation à moins de 21 jours ouvrés de la formation, aucun remboursement ne pourra être demandé et votre chèque sera encaissé. Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant, l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner la prestation au plus tard 15 jours avant la date prévue et ne versera aucune indemnité.

Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite apporter mon soutien à l'UFSBD de mon département : je joins un chèque de 50 €