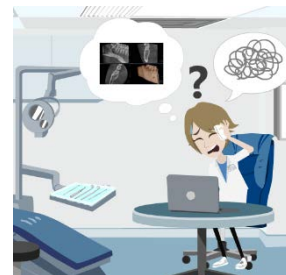


Pour tous les praticiens utilisateurs de dispositif de tomographie volumique à faisceau conique de la face ou désireux d'approfondir leurs connaissances ou intéressés par cette technologie

## à Nantes le 02 avril 2020

L'indication, la réalisation, la lecture et surtout l'interprétation des images dentaires représentent un ensemble cohérent d'une pratique pluri-quotidienne pour tous les chirurgiens-dentistes quelle que soit l'orientation de leurs activités. C'est un acte médical qui suppose, à chaque étape, la maîtrise des bonnes pratiques, en particulier une bonne connaissance des règles de réalisation des incidences, une lecture précise de la radio anatomie et une évaluation juste des aspects pathologiques tous nécessaires à la qualité du service rendu au patient. Ainsi chaque professionnel pourra agir dans un cadre de qualité et sécurisé pour son patient, mais aussi dans un cadre de compétences maîtrisées tant du point de vue de sa pratique (contraintes/limites) que du point de vue de la gestion de son risque assurantiel : faisons le point sur l'utilisation du Cone Beam en cabinet dentaire.



BULLETIN D'INSCRIPTION

### Programme de la formation

- Données règlementaires d'utilisation et d'installation d'un CBCT
- Fonctionnement d'un CBCT
- CBCT ou Scanner ? Ce qui se ressemble ce qui diffère
- Pièges et artefacts
- Notions de dosimétrie et de radioprotection appliquées au CBCT
- Justification des examens, guides et recommandations
- Optimisation des examens CBCT
- Anatomie normale pour chaque type de volume CBCT
- Variantes ou pathologies ?
- Cas cliniques incluant la normalité, variantes, pathologies fréquentes et notions de compte rendu spécifique :
  - > Odontologie pédiatrique et ODF
  - > Traumatologie
  - > ATM
  - > Endodontie
  - > Chirurgie orale
  - > Implantologie
  - > Chirurgie sinusienne
- Approche pas à pas de la rédaction d'un compte rendu de CBCT

**Durée :** 1 journée (pauses et déjeuner inclus) 9h – 17h30

**Formateur :**  
Dr Rufino FELIZARDO

Votre 1<sup>ère</sup> action DPC de l'année  
totalement prise en charge et  
indemnisée 315 €\*  
\*selon conditions ANDPC



Nombreux cas cliniques

### Informations sur le participant

\*Charte du traitement des données (RGPD) sur www.ufsbd.fr

Madame  Monsieur

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

RPPS (carte de l'ordre) : \_\_\_\_\_

ADELI : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Email\* : \_\_\_\_\_

### Tarifs

Praticien Adhérent UFSBD 360 €

Praticien non adhérent 392 €

**Avec l'ANDPC :** Pour les praticiens libéraux et salariés de centre de santé exerçant dans le cadre conventionnel

**Avec le FIF-PL**  
Pour les praticiens libéraux

Je m'inscris à cette action de DPC sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)\* et m'engage à participer à l'intégralité de la formation

Je joins un chèque de caution à l'ordre de l'UFSBD d'un montant de 392 € et je retourne le bulletin d'inscription complété à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 Paris dans un délai maximal de 15 jours avant le démarrage de la formation.

Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un délai maximal de 15 jours avant le démarrage de la formation. Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)  
Ce bulletin fait office de devis et programme pour votre prise en charge

**Avec OPCA PEPSS /ACTALIANS** Pour les assistant(e)s dentaires et praticiens salariés – n° SIRET 784 719 247 00057 – n° DRFP 11752372075

Je suis dentiste salarié, je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un délai maximal de 15 jours avant le démarrage de la formation. Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <https://www.opcoep.fr/>

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, aucun remboursement ne pourra être demandé et l'UFSBD se réserve le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation. Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant et/ou en cas de force majeure (grève nationale, transports, intempéries...) l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner ou annuler la prestation 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, j'y adhère : je joins un chèque de 50 €

Une question ? N'hésitez pas à nous contacter au ☎ 01 44 90 93 91/94 ou ✉ [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr)