

Bulletin d'inscription

LES URGENCES MEDICALES AU CABINET DENTAIRE : JOURNEE DE REVALIDATION AFGSU 1 + 2



Pour l'équipe dentaire : vous avez suivi une formation pour obtenir l'AFGSU 1 ou 2 il y a près de 4 ans ? Afin d'en maintenir sa validité encore 4 ans, vous avez l'obligation de réactualiser vos connaissances lors d'une journée de revalidation. **Passé ce délai, il vous faudra refaire la formation initiale.**

à PARIS le 07 octobre 2021

Déjeuner inclus

Le programme

Une journée de formation présentielle 9h à 17h30

(Conforme à la réglementation « arrêté du 30 décembre 2014 » relatif à l'AFGSU)

Personnes concernées

- Chirurgiens-dentistes et assistant(e)s dentaires titulaires de l'AFGSU depuis maximum 4 ans

Contenu du programme

- Identification des difficultés techniques et de prise en charge rencontrées depuis la formation
- Sensibilisation à une thématique de Santé Publique
- L'urgence vitale : actualisation des connaissances sur la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire
- Les risques collectifs

OBJECTIFS : Mobilisation des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul, en équipe, avec ou sans matériel, et en attendant l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée.

Méthodes pédagogiques

- Technique de pédagogie active permettant l'expression de l'apprenant et la construction du savoir théorique et pratique
- Apprentissage pratique sur cas concrets simulés
- Analyses de pratiques à partir des situations professionnelles

Tarifs et inscription :

*Retrouvez notre Charte de traitement des données personnelles (RGPD) sur www.ufsbd.fr

| <input type="checkbox"/> Praticien adhérent 360 € | | <input type="checkbox"/> Praticien non adhérent 392 € | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avec le FIF PL | <input type="checkbox"/> Je suis chirurgien-dentiste libéral | | |
| | <input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un déla 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 | | |
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) praticien adhérent 360 € | | <input type="checkbox"/> Assistant (e) praticien non adhérent 392 € | |
| <input type="checkbox"/> Avec OPCA PEPSS/ACTALIANS SIRET : 784 719 247 000 57 N° organisme : 11752372075 | <input type="checkbox"/> Je suis assistant(e) dentaire ou salarié(e) du cabinet | | |
| | <input type="checkbox"/> Je retourne le bulletin d'inscription accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un déla 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/ | | |

Demandez conseils au 01 44 90 93 91/94 ou formation@ufsbd.fr

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

| | Chirurgien-dentiste | Assistant(e) dentaire |
|------------------------|---|---|
| | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom d'usage* : | | |
| Nom de naissance : | | |
| Prénom : | | |
| Date de naissance : | | |
| RPPS/ADELI : |/..... | |
| Email : | | |
| Numéro de téléphone : | | |
| Adresse : | | |
| Ville et Code Postal : | | |

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 : je joins un chèque de 50 €