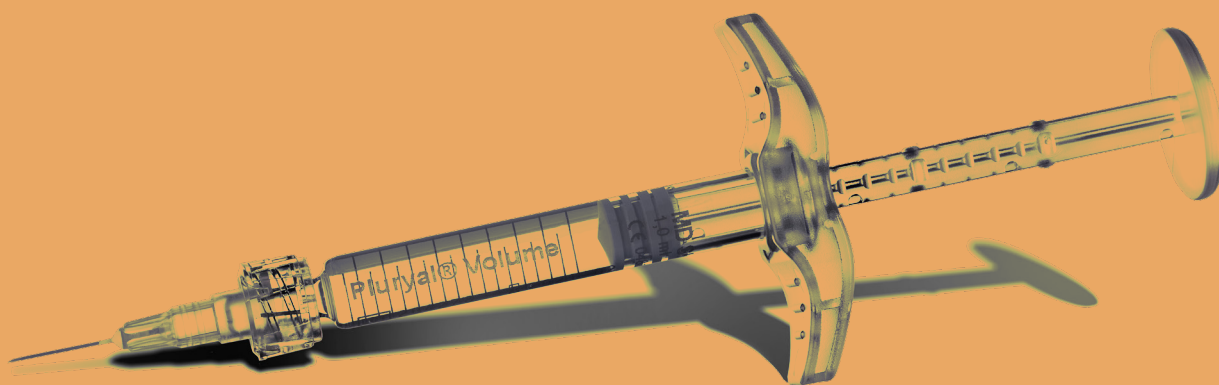


BIOTECH DENTAL
ACADEMY

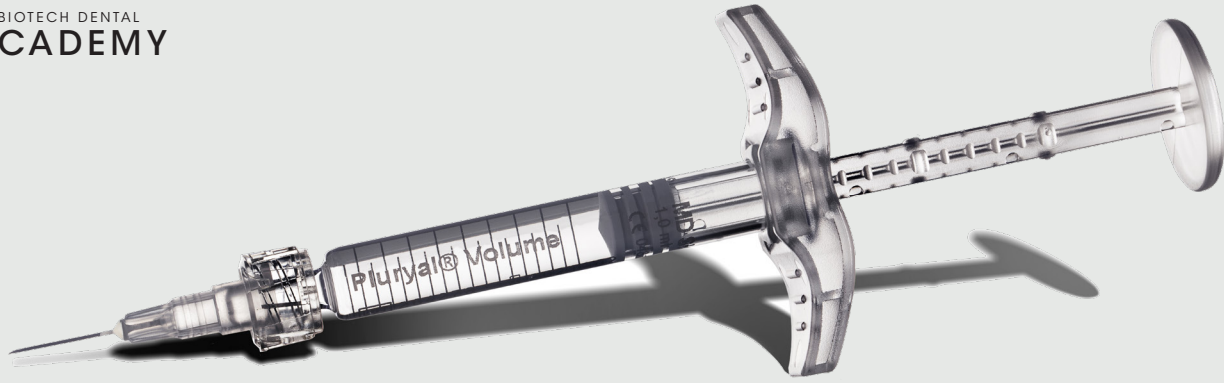
FORMATIONS 2026



FORMATION
INJECTION ACIDE HYALURONIQUE

FORMATION

INJECTION ACIDE HYALURONIQUE



Paris

04 février
13 avril
17 juin
30 septembre
18 novembre
16 décembre



Salon-de-Provence

11 mars
06 mai
01 juillet
07 octobre
16 décembre

LE PLUS DE CETTE FORMATION

INJECTER DES PATIENTS EN CONDITIONS RÉELLES



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Déterminer l'indication, les zones cibles et le choix du filler
- Comprendre les risques des injections d'acide hyaluronique - les effets secondaires relatifs
- Comprendre les indications et les contre-indications des injections d'acide hyaluronique
- Prolonger le sourire aux tissus attenants en travaillant sur l'esthétique du visage autour de la bouche
- Injecter directement sur modèle pour apprendre ou parfaire votre pratique
- Appréhender les difficultés lors des travaux pratiques
- Comprendre les quantités de produit à injecter

PROGRAMME

Partie théorique

- Utilisation de l'acide hyaluronique par le dentiste
- Propriétés de l'acide hyaluronique
- Zones traitables avec l'acide hyaluronique par le chirurgien dentiste
- Risques et indications de l'acide hyaluronique
- Comment proposer un traitement d'acide hyaluronique ?
- Comment intégrer les injections d'acide hyaluronique dans un traitement global ?
- Brefs rappels de l'utilisation de l'acide hyaluronique pour la modélisation des papilles dentaires

Partie pratique

- Injections d'acide hyaluronique dans les tissus attenants à la zone péri-buccale (sillons nasaux-géniens, lèvres)
- Des modèles seront présents afin de pouvoir piquer dans des conditions réelles
- Chaque praticien se verra injecter des zones distinctes

Acquérir des bases fondamentales et cliniques pour la réalisation d'injections d'acide hyaluronique à visée thérapeutique dans la pratique odontologique



Niveau débutant



Public visé et prérequis

Formation à destination des chirurgiens-dentistes



1 jour - 06h30
de 09h30 à 17h00



970 €
Pauses et déjeuner compris

Le Conseil National de l'Ordre des Dentistes reconnaît « qu'en vertu du Code de la santé publique, les praticiens de l'Art dentaire disposent bien du droit et de la capacité professionnelle pour réaliser des injections d'acide hyaluronique dans la sphère buccale et autour de la bouche ». L'esthétique d'un sourire ne s'arrête pas aux dents ou aux gencives. L'injection d'acide hyaluronique, destinée à combler rides et ridules péri-buccales ou à augmenter le volume des lèvres, s'inscrit dans un plan de traitement global qui aboutira au meilleur rendu final.

FORMATION ACIDE HYALURONIQUE - 2026

BULLETIN D'INSCRIPTION

CONDITIONS GÉNÉRALES D'INSCRIPTION

Votre demande d'inscription sera prise en compte
à réception du règlement,

Une confirmation définitive de votre inscription vous sera
communiquée au plus tard 3 semaines avant la date de la formation,

L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler
la formation, si le nombre minimum de participants n'est pas atteint,

Toute demande d'annulation jusqu'à 6 semaines
de la date de formation sera acceptée et entraînera des frais
à hauteur de 50 % du prix initial. Au-delà de 6 semaines,
aucun remboursement ne pourra être effectué.

POUR PLUS D'INFORMATIONS MERCI DE CONTACTER

Hanaa BENNAIM

+33 (0)6 26 30 40 46
h.bennaim@biotech-dental.com

Linda POULAIN

+33 (0)6 03 67 59 54
+33 (0)4 86 64 19 17
l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0)6 17 85 97 11
valentine@smilers.com

INSCRIPTION OBLIGATOIRE

Sur le site **academy.biotech-dental.com** ou **par courrier**

Bulletin à renvoyer par courrier
(accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy)
à l'adresse suivante :
Biotech Dental Academy - 305 allées de craponnes - 13300 Salon-de-Provence.

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Prénom :

Adresse cabinet/facturation :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

N° SIRET :

Régime alimentaire particulier : ☐ OUI ☐ NON Si OUI, précisez :

Allergies : Si OUI, précisez :

☐ Je souhaite participer à la formation du : ____ / ____ / 2026 dans la ville de _____ .

☐ avec mon ou mes assistante(s) Nom(s) et Prénom(s) :

☐ Je ne pourrai pas participer à ces sessions mais je souhaite être informé(e) des prochaines dates de formations / séminaires.

☐ Je soussigné(e) sur l'honneur, affirme exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire et orthodontique.

Date : ____/____/____ .

Signature du Praticien

Cachet du Praticien

NOTES

[illegible][illegible]

BIOTECH DENTAL ACADEMY

PARIS

Biotech Dental Academy
36, Rue des Petits-Champs
75002 PARIS

+33 (0)6 26 30 40 46

h.bennaim@biotech-dental.com

SALON-DE-PROVENCE

Biotech Dental Academy
167, impasse Gaspard Monge
13300 SALON-DE-PROVENCE

+33 (0)6 16 75 31 74

+33 (0)4 86 17 60 85

c.coullomb@biotech-dental.com