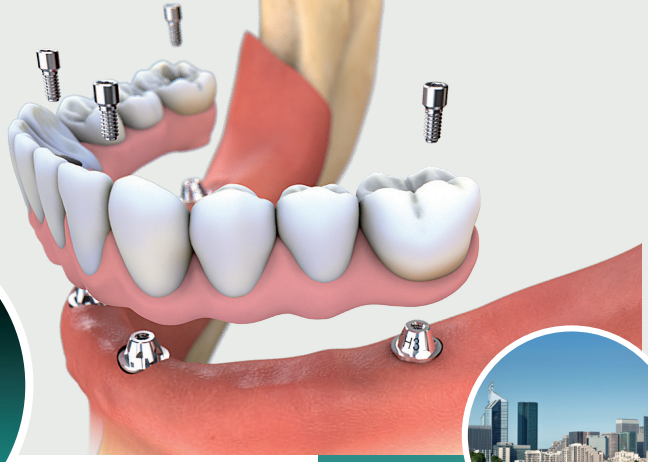
BIOTECH DENTAL
ACADEMY







Dr Othman MIKOU
Dr Sylvain LE VAN

ALL ON X

Cette formation s'adresse aux chirurgiens expérimentés qui souhaitent acquérir une vue d'ensemble de la réhabilitation complète pour une mise en pratique rapide dans leur cabinet

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Apprendre à sélectionner ses premiers cas de réhabilitation complète
- Maîtriser le protocole chirurgical lié à la pose d'implants et aux greffes osseuses
- Se familiariser avec les protocoles de mise en charge immédiate des réhabilitations complètes
- Maîtriser les techniques de prise d'empreinte
- Anticiper la gestion avec le laboratoire et les fournisseurs

PROGRAMME

MODULE 1 Le protocole chirurgical

- Sélection des patients, compréhension des indications et des contre-indications
- Le passage à l'édentement complet et les différentes facettes du traitement
- Approche esthétique et fonctionnelle et intérêt de la prévisualisation virtuelle
- Astuces et recommandations cliniques
- Planification implantaire chirurgicale et prothétique
- Gestion des résorptions osseuses au cours de la chirurgie
- Travaux pratiques : planification implantaire sur CBCT, pose d'implants

Chirurgie en direct ((•))

MODULE 2 La réhabilitation prothétique

- Choix des pièces prothétiques
- Gestion des tissus mous, contrôle clinique esthétique et fonctionnel
- Contrôle radiologique
- Pose d'un bridge définitif sur implants en direct
- Travaux pratiques : techniques d'empreintes sur modèle, pose de piliers et prise d'empreintes d'un cas de réhabilitation complète sur modèle
- Protocoles et gestion administrative des patients
- Organisation et travail en équipe
- Coordination avec les fournisseurs, les assistantes et les laboratoires

Niveau expert

Public visé et prérequis
Formation à destination des chirurgiens-dentistes

Moyens et méthodes pédagogiques
- Supports théoriques
- Travaux pratiques

Modalités d'évaluation
Évaluation par le formateur lors des travaux pratiques

Moyens techniques
- Trousses de chirurgie guidée pour la pose d'implants
- Moteurs implantaires
- Implants
- Kit de vis de fixation
- Forets corticaux
- Guides à étages et leurs modèles en résine

COURBEVOIE
25 et 26 mars 2027
1,5 jour – 12 heures

jour 1 - de 09h00 à 18h00
jour 2 - de 09h00 à 13h00

1 600 €
Pauses et déjeuners compris

IMPLANTOLOGIE - 2027

Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte dès 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, contactez-nous par e-mail :

par mail : academy@biotech-dental.com

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

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

Valentine VANTHOMME ZUIDA
+33 (0)6 17 85 97 11
v.vanthommezuida@biotech-dental.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 Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

BULLETIN D'INSCRIPTION - IMPLANTOLOGIE - 2027

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du cabinet / Adresse de 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 ..... / ..... / 2027

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

☐ Je soussigné(e), affirme sur l'honneur exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire.
Date : ___/___/____.

Signature du praticien	Cachet du praticien