

serate in amicizia

SIA

simposio in amicizia

Sharing Ideas About Dentistry

3

CREDITI
FORMATIVI



Prof. Vincenzo Bucci Sabattini

Martedì 11 Novembre 2014

Problemi diagnostici, clinici e deontologici in relazione allo stato dell'arte nelle terapie parodontali, implantari e riabilitative.

SEDE: Starhotels President Genova Corte Lambruschini 4, 16129 Genova - 010 57271

Registrazione partecipanti ore 19:30. Gli eventi saranno aperti ai soli soci in regola con la quota associativa S.I.A. L'iscrizione alla S.I.A. per l'anno 2014 è di €5,00. La serata avrà il costo di €5,00 oltre alla quota annuale.

Abstract Lo stato dell'arte permette di proporre una prognosi più favorevole per le patologie parodontali escludendo anche in molti casi il trattamento chirurgico. Questo progresso delle terapie non chirurgiche comporta anche nuovi modi e nuovi tempi per proporre le riabilitazioni impianto protesiche. Nel corso della didattica, vengono affrontati i problemi relativi alla possibilità offerta dalle procedure implantoprotesiche e delle alternative in relazione alle nuove possibilità citate. L'oggetto sarà quindi relativo a ciò che permette una ragionata, cosciente e deontologica applicazione delle possibilità oggi offerte dalla ricerca e dall'industria. Si affronteranno sia gli aspetti biologici, che quelli tecnici chirurgici e protesici, partendo dall'anatomia e fisiologia dei tessuti molli e dell'osso per arrivare alla conoscenza della corretta funzione dell'apparato stomatognatico, passando sia per gli aspetti clinici che di laboratorio. Anche la scelta dei materiali e dei metodi da utilizzare è parte integrante delle precondizioni per il successo, compreso un buon risultato estetico. Si perseguirà l'obiettivo con l'ausilio di comunicazione su immagini e filmati relativi alle diverse fasi del trattamento.

Curriculum Vitae Medico Chirurgo Odontoiatra. Perfezionato in "Biomateriali in chirurgia protesica" presso l'Università di Bologna. Perfezionato in "Biomateriali ed Implantologia clinica" presso l'Università di Chieti. Prof. a.c. di Implantoprotesi presso l'Università di Pavia. Docente di Parodontologia presso il Master di Odontoiatria dell'ASAS (Accademia dell'Arte Sanitaria)-Roma per il triennio 1996-1998. Relatore a numerosi congressi in Italia ed all'estero. Autore di oltre 100 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali. Autore del testo "Chirurgia ossea ricostruttiva e rigenerativa" Ed. Martina-Bologna 1999. Autore del testo "Parodontologia" Ed. Masson-Milano. Membro del comitato di lettura della rivista Protech ed. Masson. Consulente scientifico dell'edizione italiana di Dental Tribune. Membro del comitato scientifico di Protech, Implantologia e Parodontologia, Dental Tribune Socio ANDI e Amici di Brugg. Presidente AISCOS (Associazione Italiana Strutture Certificate Odontoiatriche e Sanitarie). Socio Attivo della IADR (International Association of Dental Research) e della CED-IADR (Continental European Division-IADR). Membro della European Federation of Periodontology. Direttore sanitario e responsabile del servizio di Odontoiatria Centro Diagnostico Chirurgico Magenta (MI).

SCHEDA ISCRIZIONE (PER CREDITI ECM) CORSO PROF. V. B. SABATTINI - 11 NOVEMBRE 2014

ACCREDITAMENTO ECM PER 100 ODONTOIATRI

Compilare a STAMPATELLO e in tutte le sue parti la presente scheda e inviarla:

- FAX al numero 010 5370882 • via EMAIL alla segreteria organizzativa: sia@e20srl.com
- POSTA, in busta chiusa a Segreteria Organizzativa S.I.A. c/o E20srl Via Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
- WEB iscrizioni ECM on-line seguendo le istruzioni riportate nel sito www.e20srl.com

È possibile richiedere la Scheda d'ammissione alla S.I.A. per l'anno 2014 a: sia@e20srl.com



NOME _____ COGNOME _____

M F _____
 SESSO DATA DI NASCITA (GG/MM/AA) _____ PROVINCIA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA RESIDENZA _____ NAZIONE RESIDENZA _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____ N° CIVICO RESIDENZA _____
 CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

DISCIPLINA _____ STATUS LAVORATIVO _____ INTEGRAZIONE STUDIO _____

INDIRIZZO STUDIO _____ CAP _____
 COMUNE STUDIO _____ PROVINCIA STUDIO _____ NAZIONE STUDIO _____

TELEFONO STUDIO _____ CELLULARE _____ E-MAIL STUDIO _____

LOGIN - utilizzare possibilmente la vostra e-mail - Login e Password saranno le vostre credenziali di accesso al nostro data base. _____
 PASSWORD - max 8 caratteri _____

Autorizzo l'uso dei miei dati personali per la spedizione di pubblicazioni tecniche e l'invio di mailing ai sensi della legge 196/03 sul trattamento dei dati personali.

DATA _____ FIRMA _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL PAGAMENTO DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE PRESSO LA SEGRETERIA SIA DELLA SEDE DEL CORSO

