Informazioni generali

Il corso è rivolto a Medici Dentisti / Odontoiatri

Quota di partecipazione
- Iscrizione prima di 30 gg dall'inizio del corso **€ 550,00** iva compresa
- Iscrizione a meno di 30 gg dall'inizio del corso **€ 650,00** iva compresa

Segreteria Organizzativa
e20 S.r.l.
Via A. Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
Tel. +39 010 5960362 - Fax +39 010 5370882
E-mail: info@e20srl.com - C.F. e P.I. 01236330997

Iscrizioni
Compilare la scheda di iscrizioni in STAMPATELLO e in tutte le sue parti e inviare:
- via **FAX** al numero 010 5370882
- via **E-MAIL** ad: info@e20srl.com
- per **POSTA**, in busta chiusa a e20 Srl Via A. Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
- via **WEB**, iscrizioni on-line tramite il sito www.e20srl.com

Modalità di pagamento
- **assegno bancario:** intestato e20 S.r.l. non trasferibile
- **bonifico bancario** sul C/C e20 S.r.l. Carispezia Credit Agricole - Agenzia 1- Genova IBAN: IT75B0603001486000046670093
- **pagamento on-line con Carta di Credito** tramite il sito www.e20srl.com

Informazioni generali
Numero massimo di partecipanti 15

Cancellazioni
In caso di mancata partecipazione verrà effettuato un rimborso al netto dei diritti di Segreteria (50% della quota di iscrizione iva compresa) solo se la disdetta scritta sarà pervenuta alla Segreteria entro e non oltre una settimana dallo svolgimento dell'evento.

A causa dei limitati posti è necessaria l'iscrizione.

La quota comprende
- Partecipazione al corso teorico pratico
- Utilizzo materiali parte pratica
- Coffe break
- Cena

Informazioni

Come arrivare

Sede del corso:
Ciatti Studio Dentistico
Via Gioacchino Rossini, 2 - Varese - Tel. 0332 287198

- Autostrada A8 direzione Varese uscita Varese centro.

Parcheggi limitrofi:
- Parcheggio ACI di Via Bernardino Luini (5 minuti a piedi)
- Parcheggio sterrato di Via Sempione ang. Via Staurenghi (8 minuti a piedi)
- Parcheggio delle Corti (7 minuti a piedi)

Hotel consigliati:
- Hotel di Varese - Via Como 12 - Varese
  Tel. 0332 237559 - Fax 0332 234440
  www.hoteldivarese.it - info@hoteldivarese.it
- Hotel Europa Varese - Piazza Cesare Beccaria 1 - Varese
  Tel. 0332 280170 - Fax 0332 234325
  www.hoteleuropavarese.it - info@hoteleuropavarese.it

GRAFFITI 0332.435327 - 2426/17

"SUPPORTERS"

Nobel Biocare

XDENT
Odontoiatria
Piazza Cairoli, 1 - 97100 Ragusa (RG)
Tel. 0932.681600
amministrazione.xdent.it@cgm.com

XVI Edizione

RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO FULL ARCH IL PROTOCOLLO All-on-4®

(Corso teorico pratico di 2 giorni)

Varese

23 e 24 Marzo 2018

LIVE SURGERY & HANDS ON

Relatori:
- Dr. Maurizio Ciatti
- Dr. Alberto Ciatti

14 crediti ECM

Sede:
Ciatti Studio Dentistico
Via Gioacchino Rossini, 2 - Varese
www.ciattistudiodentistico.it

Abstract del corso

La riabilitazione fissa dei mascellari edentuli rappresenta, oggi, una sfida per il clinico ed una richiesta sempre più frequente da parte dei pazienti. Le nuove tecniche chirurgiche, i nuovi materiali, permettono, attualmente, di riabilitare un'arcata completa in breve tempo e con un minimo disagio per il paziente. Tra queste la metodica All-on-4®, sviluppata dal Prof. Paulo Malo, rappresenta una valida alternativa terapeutica documentata a medio e lungo termine.
Questo protocollo permette una riabilitazione full arch senza innesti ossei o tecniche rigenerative, con l'utilizzo di soli 4 impianti in regime di carico immediato.
Durante le giornate verrà presentata la metodica All-on-4®, le indicazioni e le sue possibili applicazioni. I partecipanti potranno così avere una panoramica a 360° sia sulla parte chirurgica che protesica.
La parte pratica permetterà di svolgere diagnosi e pianificazione tramite software 3D e di eseguire su modellini sintetici una riabilitazione All-on-4®.

Profilo del relatore

Dr. Maurizio Ciatti.

Laureato in medicina e chirurgia con lode nel 1977, specializzato col massimo dei voti in Odontostomatologia nel 1984 a Pavia e in chirurgia Maxillo-Facciale nel 1995 a Parma.
CTU del Tribunale di Varese.
E' stato Assistente per il servizio di Odontostomatologia dell'Ospedale di Varese e poi dirigente medico dell'Odontostomatologia dell'Ospedale di Gallarate fino al 1996, già Prof. a c. presso l'Università degli Studi di Milano. Past-President ANDI provincia di Varese.
Fin dagli inizi della sua carriera si è interessato di chirurgia e implantologia osteointegrata seguendo gli insegnamenti della scuola svedese del Prof. Lindhe di Göteborg e dedicandosi in seguito all'implantologia a carico immediato sia per la riabilitazione dei denti singoli sia per le riabilitazioni totali.
Dal 2007, dopo aver conosciuto il Prof. Paulo Malo, si è avvicinato ed ha iniziato ad utilizzare il suo protocollo, frequentando annualmente la MaloClinic di Lisbona.
Dal 2010 tiene corsi di formazione sul protocollo All-on-4®.
Svolge la libera professione nei suoi studi di Varese e Tradate.

Relatore

Programma del Corso

Venerdì **23** marzo

14.15 - 14.30	Registrazione dei partecipanti e benvenuto
14.30 - 15.30	▪ Ripensare la riabilitazione orale con il protocollo All-on-4®
15.30 - 16.30	▪ Diagnosi e pianificazione del trattamento con il protocollo All-on-4®
16.30 - 17.00	*Coffee Break*
17.00 - 18.30	▪ **Parte pratica su PC diagnosi e programmazione implantare 3D**
18.30 - 19.00	Domande e discussione
Ore 20.00	*Cena*

Sabato **24** marzo

09.00 - 10.30	▪ **Live surgery All on 4® (chirurgia con lembo)**
10.30 - 11.30	▪ Protocollo All on 4® protesico provvisorio e definitivo
11.30 - 12.00	*Coffee Break*
12.00 - 12.30	▪ Igiene orale e mantenimento nel tempo
12.30 - 13.00	▪ Complicanze
13.00 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	▪ **Live consegna protesi a carico immediato**
14.30 - 15.00	▪ Casi clinici
15.00 - 16.30	▪ **Parte pratica (esercitazione su modellini)**
16.30 - 17.30	Domande e discussione anche di casi clinici portati dai corsisiti

Scheda di iscrizione XVI Edizione

Riabilitazione a carico immediato full arch
Il protocollo All-on-4®

Varese
23 e **24** marzo 2018

14 crediti ECM

QUOTE DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO:

- Vedere modalità indicate nella sessione informazioni generali
- Inviare la scheda di iscrizione a mezzo fax: n. 010 5370882 allegando copia del bonifico bancario.
- Preghiamo di voler compilare (IN STAMPATELLO) la scheda di iscrizione indicando tutti i dati anagrafici richiesti al fine di emettere la fattura.

Dati Personali Medico Dentista/Odontoiatra:

Specializzazione Professionale _____

Nome _____

Cognome _____

Luogo e Data di Nascita _____

_____

Indirizzo _____

Cap _____ Prov. _____

Città _____

Tel. _____

Fax _____

E-Mail _____

Domicilio Fiscale _____

_____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Data _____

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati personali

❑ SI ❑ NO

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (D.lgs 196/2003) Si informa che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n° 196, i dati personali e/o quelli di altri soggetti giuridici di cui alla presente scheda, ovvero eventualmente acquisiti nel corso delle nostre manifestazioni, saranno trattati per le finalità riguardanti l'espletamento degli obblighi di legge, per statistiche, invio di materiale informativo e comunicazioni dell'associazione.