



FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE DEPUIS LE 1ER JANVIER 2018

# Formation à la radioprotection en médecine dentaire

VENDREDI 19 JUIN 2026, 14:00-17:00 | HOTEL ROYAL SAVOY LAUSANNE

## Intervenantes

Laura Guccione & Sylvie Lestiennes  
Formatrices en entreprise

Inscrivez-vous  
en ligne:



4

unités de formation en radioprotection

# Radioprotection en médecine dentaire



Dans le cadre de la formation continue obligatoire imposée par l'OFSP depuis le 1er janvier 2018 pour l'ensemble du personnel des cabinets dentaires (tous les 5 ans / 4 unités).

Le concept de cette formation vise à rafraîchir les connaissances et les compétences en matière de radioprotection tout en améliorant la sécurité du personnel et des patients.

Public cible: l'ensemble du cabinet (y compris médecin-dentiste).

## Contenu du cours:

- Informations générales et bases de la radioprotection
- Prévention des erreurs de prise de vue et des dommages liés aux radiations
- Techniques de prise de vue radiographique
- Questions-réponses



Ne ratez pas l'afterwork à la fin de la formation!

## SPONSORS

karrdental



Smart  
Dentist  
mit kann-zähl-akt!

ProDentis

## PROGRAMME

13:45	Arrivée des participants
14:00 - 17:00	4 Modules, unités de radioprotection avec pause
dès 17:00	Apéro riche & afterwork (inclus dans le cours)

**CGV** Les inscriptions sont limitées à 100 participants et seront prises en compte par ordre d'arrivée des demandes. Les frais d'inscriptions doivent être acquittés dans les 30 jours suivant la réception de la facture. Toute annulation doit être écrite, nous n'acceptons aucune annulation par téléphone. En cas d'annulation jusqu'à 2 semaines avant la date du cours, nous facturerons un montant de CHF 80.-. Pour une annulation plus tardive, la totalité des frais restera due.

# Formation à la radioprotection en médecine dentaire

VENDREDI 19 JUIN 2026, 13:45 - 17:00 | HOTEL ROYAL SAVOY LAUSANNE

- CHF 249.- Je m'inscris à la formation
- Médecin-dentiste
- Assistant.e dentaire, hygiéniste
- Membre ASAD (-10%)

Cabinet: \_\_\_\_\_

Prénom, nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

CP / Lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone / Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Lieu, date: \_\_\_\_\_

Signature / tampon: \_\_\_\_\_

