

SOPHROLOGIE ET HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE

Jeudi 30 mars 2017

Intervenants : Mme VANDERMERSCH Virginie / Dr TUBERT Vincent



PUBLICS CONCERNÉS :

Docteurs en chirurgie dentaire et assistants dentaires.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- Connaître les techniques de sophrologie qui peuvent amener au calme, à la confiance et au courage.
- Connaître les différents types de stress et les émotions reliées. Connaître les principes d'un langage positif.
- Savoir repérer les changements d'états internes.
- Savoir observer le langage non verbal et paraverbal en relation face à face.
- Savoir se synchroniser à l'autre.

PROGRAMME : 8 heures de formation

Matin : (3h30)

- Conférence présentielle théorique sur le thème de la communication thérapeutique par l'hypnose en cabinet dentaire (les différents états émotionnels, les besoins, stimuler le courage)

Après-midi : (4h30)

- Méthode active : démonstration et expérimentation (Stimuler le courage, la confiance)
Exercice de tension, détente, reformulation positive : être capable de questionner le patient, activation des ressources interne de la personne, être capable de développer le langage positif et stimuler la pensée positive
- Discussion sur les cas cliniques présentés

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :

Service Formation Continue

Sabrina MEHAY - Faculté de Chirurgie Dentaire
2 rue de Braga
63100 Clermont Ferrand
04.73.17.73.35
Formation-continue.odontologie@udamail.fr



COUTS DE LA FORMATION

Praticien : 330 €
Assistant(e) : 250 €
Praticien + assistant(e) : 500 €

Formation susceptible d'être prise en charge par le :



Fin des inscriptions le 17 Mars 2017



INSCRIPTIONS – LIEU de FORMATION : FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE – 2 rue de Braga – 63100 Clermont Ferrand

Formation du.....

Patricien
 Assistant

Patricien + Assistant
 Repas/personne : 30 €

Montant total :€

Inscription : joindre un chèque du montant total à l'ordre de « L'agent comptable de L'Université Clermont Auvergne »

PRATICIEN/ ASSISTANT : Nom/ Nom de jeune fille.....

Prénom.....

Date et lieu de naissance.....

Adresse professionnelle.....

Code postal / Ville.....

Tél. Email.....

A retourner à : FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE DE CLERMONT- FERRAND

Service de Formation Continue - 2 rue de Braga – 631000 Clermont Ferrand