

Fisioterapia Maxillo Faciale e ATM

3 giorni • DOCENTE: Fernando RUIZ, PT • Partecipanti: max 24

SEGRETERIA
Maria Chiara
GUIOTTO
Telefono
0332240943
Fax
1782250805

SEDE
MILANO
SEDE MANUALMENTE -
REHABILITATION
Centro medico Loreto 9
P.le Loreto 9

DATE
5, 6 e 7 Aprile 2019

ORARI
8,00 – 17,30

ISCRIZIONE
FINO AL 6 Febbraio
incluso:
€ 550,00 + IVA 22%
(€ 671,00 IVA inclusa)
DAL 7 Febbraio AL 6
Marzo incluso:
€ 600,00 + IVA 22%
(€ 732,00 IVA inclusa)
DAL 7 Marzo:
€ 650,00 + IVA 22%
(€ 793,00 IVA inclusa)

CREDITI ECM
RICHIESTI PER
FISIOTERAPISTI

DESCRIZIONE DEL CORSO

Sono sempre più frequenti le persone che si presentano alle nostre cure con sintomi su viso, bocca e testa. Tra questi pazienti, bruxismo, blocchi del disco dell'ATM, mal di testa e altre condizioni meno conosciute dal fisioterapista sono comuni, quali la sinusite, il dolore facciale atipico, l'acufene o l'otturazione dell'orecchio.

L'obiettivo di questo corso è quello di insegnare al fisioterapista la corretta valutazione e trattamento delle diverse disfunzioni craniomandibolari e craniofacciali.

È un corso "evidence-based", eminentemente pratico e di profilo clinico.

L'obiettivo principale del corso è il ragionamento clinico applicato al miglior processo decisionale terapeutico. La terapia manuale è il principale veicolo terapeutico.

Le patologie più comuni saranno dettagliatamente spiegate, così come la più precisa diagnosi differenziale.

Dopo aver completato la formazione, il fisioterapista avrà le conoscenze appropriate per:

- Conoscere l'anatomia, la fisiologia e la biomeccanica delle regioni craniomandibolari craniofacciali
- Conoscere le patologie e le loro caratteristiche cliniche più frequenti in queste regioni
- Conoscere la radiologia clinica delle diverse regioni
- Sviluppare il ragionamento clinico appropriato per il miglior processo decisionale
- Applicare la valutazione delle seguenti condizioni:
 - Patologia ATM:
 - a) dislocazione del disco con riduzione
 - b) Dislocazione del disco senza riduzione
 - c) artrosi della mandibola
 - Sindrome da dolore miofasciale: bruxismo, trigger points miofasciali
 - Dolore facciale atipico
 - Mal di testa: cefalea tensiva ed emicrania
 - Fisioterapia e ORL: acufeni, ipoacusia (otturazione delle orecchie)
- Applicare il trattamento delle seguenti condizioni:
 - Patologia dell'ATM: terapia manuale
 - Punti trigger miofasciali: trattamento invasivo e conservativo
 - Nervo trigemino: esame neurologico e test neurodinamico
 - Viscerocranio e ossa di neurocranio: terapia manuale delle ossa del cranio.



CORSO TRADOTTO IN ITALIANO

Sconto del 15% riservato ai soci GTM e CLINICA DEL MAL DI TESTA

COME ISCRIVERSI AI CORSI

Contattare telefonicamente la Segreteria Organizzativa (Maria Chiara Guiotto). Nel caso vengano confermate disponibilità di posti, compilare in ogni sua parte la scheda di iscrizione sul retro e spedirla unitamente alla copia dell'avvenuto bonifico bancario via **fax** al numero **1782250805** o via e-mail all'indirizzo **segreteria@manualmente.biz**

VERSAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE

Per potersi iscrivere è necessario versare la quota di partecipazione mediante bonifico bancario intestato a:

Manualmente s.a.s.

IBAN:

IT13X03069108031000000001665

DOCUMENTI DA SPEDIRE

Compilare in ogni sua parte la scheda di Iscrizione e spedirla via fax al numero 1782250805 o via e-mail all'indirizzo

segreteria@manualmente.biz,

allegando la ricevuta del bonifico bancario.

DOCUMENTI DA PRESENTARE AL CORSO

Scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata in originale.

REGOLAMENTO

1. L'accettazione ed osservanza del seguente regolamento sono condizione per l'ammissione dei partecipanti al corso.
2. Le modalità di iscrizione e di pagamento delle quote di iscrizione debbono essere conformi a quanto stabilito nell'annuncio del corso.
3. L'eventuale materiale didattico non può essere riprodotto. L'eventuale fotocopiatura deve essere preventivamente autorizzata. La Segreteria Organizzativa si riserva di aggiungere ai costi del corso quelli delle dispense.
4. Fermo restando che è proibito effettuare riprese fotografiche o in video, eventuali registrazioni in voce debbono essere preventivamente autorizzate.
5. La Segreteria Organizzativa non risponderà del mancato svolgimento del corso allorché ciò fosse dovuto a cause di forza maggiore, dal non raggiungimento del numero minimo di iscritti, o da motivi indipendenti da sue responsabilità.
6. Il versamento della quota d'iscrizione al corso è indipendente dall'ottenimento dei Crediti Formativi del programma nazionale ECM.
7. La Segreteria Organizzativa si riserva la facoltà di comunicare l'eventuale disdetta del corso agli iscritti fino ad una settimana prima della data fissata per l'inizio del corso, attraverso comunicazione inviata a mezzo lettera raccomandata, fax o posta elettronica.
8. In questo caso, la Segreteria Organizzativa è tenuta a restituire al discente la quota di iscrizione.
9. L'iscritto potrà rinunciare a frequentare il corso, dandone opportuna comunicazione scritta (varrà la data di ricevimento della comunicazione) od attraverso fax alla Segreteria Organizzativa, almeno 30 giorni prima dell'inizio. In questo caso allo studente sarà restituita la quota versata al netto delle spese bancarie e di segreteria forfattariamente fissate in euro 50,00. In caso la disdetta dovesse avvenire successivamente, l'iscritto è tenuto a pagare il costo totale del corso.
10. La scadenza ultima per iscriversi ad ogni corso è 21 giorni prima dell'inizio del corso. Le iscrizioni pervenute oltre tale termine verranno accettate con un sovrapprezzo di € 50,00 per diritti di segreteria.
11. In caso di superamento del numero massimo di iscritti, verranno accettati i primi VENTICATTRO, e farà fede la data di versamento del bonifico bancario per la quota di iscrizione.
12. Il mancato rispetto anche di una sola delle clausole di cui sopra, autorizza la Segreteria Organizzativa a non accettare al corso l'iscritto senza, per questo, dovergli alcun rimborso.

CON IL PRESENTE MODULO IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____

Nome _____

Nato il ____/____/____ a _____ Prov. ____

Cod. Fisc. _____

Via _____ N° civico _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. ____

Tel. _____ Cell. _____

Fax _____

E-mail _____@_____

Autocertificando di essere in possesso di titolo di studio abilitante la professione di Fisioterapista

DESIDERA ISCRIVERSI AL CORSO "Fisioterapia maxillo faciale e ATM" , che si terrà a MILANO i giorni 5, 6 e 7 Aprile 2019

FIRMA

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Cod. Fiscale _____

Partita IVA _____

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA

Il partecipante dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che:

1. I propri dati personali di cui alla presente scheda di iscrizione, ovvero i dati personali acquisiti nel corso della manifestazione, saranno trattati dal proprietario del marchio "Manualmente - Formazione in Movimento" anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione alla manifestazione, per finalità statistiche, per l'invio di materiale promozionale, ovvero per l'adempimento di obblighi di legge e/o disposizioni di organi pubblici;
2. Il conferimento dei propri dati è facoltativo ma necessario per la partecipazione alla manifestazione;
3. I propri dati verranno comunicati da società controllanti e collegate al proprietario del marchio "Manualmente - Formazione in Movimento" ovvero soggetti determinati incaricati della gestione e elaborazione dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui il punto 1. Il partecipante ha diritto di opporsi al trattamento previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario ovvero per il completamento di ricerche di mercato o di comunicazione interattiva. Il partecipante è informato che a norma dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, in ogni momento e gratuitamente potrà avere accesso ovvero richiedere la modifica e/o la cancellazione dei propri dati personali rivolgendosi direttamente al Responsabile dei Dati, Simone Scaglioni – Via Speri della Chiesa Jemoli 28 – 21100 Varese

Il/La sottoscritto/a interessato al trattamento di propri dati personali, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, dichiara che: per il trattamento dei dati personali e/o sensibili e/o giudiziari per i fini indicati nella suddetta informativa (compreso il trattamento delle successive variazioni dei dati stessi) e per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa e per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa e per il trasferimento all'estero dei dati personali

☐ Presta il consenso

☐ Nega il consenso

per il trattamento e la comunicazione dei dati a fini di informazione commerciale, promozione o altre attività di relazione con soggetti connessi

☐ Presta il consenso

☐ Nega il consenso

per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati a fini di informazione commerciale, promozione o altre attività di relazione con soggetti connessi

☐ Presta il consenso

☐ Nega il consenso

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere fornito informazioni corrette sui propri dati e che eventualmente provvederà a correggere, integrare e mantenere aggiornati tali dati a propria cura e sotto la propria responsabilità per tutta la durata del rapporto.

DATA

FIRMA