

Optimisation de la thérapie laser pour la prise en charge des affections chroniques douloureuses et inflammatoires.

Objectifs pédagogiques :

- Connaître les principes, les aspects techniques et les propriétés thérapeutiques de la Thérapie Laser.
- Connaître les procédures pour prendre en charge les affections chroniques inflammatoires et douloureuses
- Actualiser ses connaissances sur l'arthrose et développer la synergie « prise en charge pharmacologique et non pharmacologique »
- Savoir proposer la thérapie Laser et améliorer l'Observance

Programme détaillé:

- **Module 1 :**
Principes et aspects techniques de la thérapie Laser
Propriétés thérapeutiques
- **Module 2 :**
Indications et Compte Rendu des essais cliniques
- **Module 3 :**
Arthrose Chiens et Chats
Planches anatomiques : Méridiens, Trigger points et Points d'acupuncture
Tendinopathies et Parésies
CGSF
Dermatologie et Plaies
- **Module 4 :**
Précautions d'utilisation et Outils de recrutement
Thérapie Laser et Observance

Vétérinaire intervenant :

Thierry Poitte

DMV, DIU Douleur, CES Traumatologie et Chirurgie Ostéo-articulaire,
Fondateur du Réseau CAPdouleur

Modèle :

- Journée conférence 9h-17h
- Conférences, Procédures, Vidéos et Outils de recrutement fournis sur clé USB

Dates et Lieux :

- Paris : 01/02/2018
- Ile de Ré : 07/02/2018
- Lyon : 26/04/2018

Tarif :

- 580€ HT (formation offerte pour les clients équipés K-laser et DoctorVet par Mikan)

Formation accréditante points CFC_{ECTS}

Formation susceptible d'être prise en charge par le FIF-PL

Formation validante pour l'adhésion au Réseau CAPdouleur

Bulletin d'inscription : Formation Perfectionnement Laser – Niveau 2



Bulletin à remplir et
retourner à l'adresse
suivante :

Mikan
L'usine Créative
Parc Vendée Sud Loire 1
85600 BOUFFERE

Mails :

- info@mikan-vet.com
- pernet@mikan-vet.com

FORMATION

Je souhaite m'inscrire à la formation perfectionnement laser – niveau 2 :

- Paris : 01/02/2018
- Ile De Ré : 07/02/2018
- Lyon : 26/04/2018

Coût : **580 € ht** (offerte pour les clients équipés K-laser et DoctorVet)

NOMBRE DE VETERINAIRES PRESENTS :

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Statut : Libéral Salarié

Tél : _____ Mail : _____

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Statut : Libéral Salarié

Tél : _____ Mail : _____

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Statut : Libéral Salarié

Tél : _____ Mail : _____

STRUCTURE

Clinique / Cabinet * :

Adresse :

CP :

Ville :

Organisme ou personne à facturer (*si différent)

Fait à : _____

Le : _____

Signature :