



Durée :
2 jours

Dates :
Consultez notre
site internet

**Tarif
individuel :**
450 €
(tarif groupe
sur demande)

Participants :
12 à 15

Horaires :
9h00 - 17h00

Compétences visées, contenu de la formation :

> S'approprier la démarche palliative et organiser les soins palliatifs.

- Actualiser et s'approprier le cadre légal et philosophique.
- Adapter ses modes de prise en charge aux besoins de la personne en fin de vie.
- Adapter ses modes relationnels.

Méthodes pédagogiques :

- > Apports de connaissances
- > Analyses de pratiques et retours d'expérience
- > Mises en situations simulées avec débriefings (communication avec le résident / patient, vécu des familles, représentations individuelles)

Publics concernés :

Tout professionnel en santé accompagnant des personnes en fin de vie.

Modalités d'évaluation :

- > Evaluation des connaissances antérieures (quizz, questionnaires).
- > Evaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle).
- > Recueil de satisfaction des stagiaires.
- > Délivrance d'attestation de formation.

Responsable pédagogique :

Béatrice Jamault, Directrice des soins, coordonnatrice générale des Ecoles et Instituts du CHU Amiens-Picardie ; Coordinatrice pédagogique et administrative de SimUSanté®.

Intervenants :

Equipe travaillant en milieu hospitalier, formée à la pédagogie active et à la simulation en santé :

- > Médecins
- > Cadres de santé
- > Infirmières cliniciennes et IDE.



FICHE D'INSCRIPTION

Dates de la formation :

COORDONNÉES PERSONNELLES

Civilité : Mme / M Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse : CP :

Ville : Email :

N° RPPS / ADELI :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Etablissement :

Adresse : CP :

Ville : Email :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

PROFESSION

..... depuis : années

Enseignant ou Formateur : depuis : années

DIPLÔMES OBTENUS

..... Année : Université /Institut :

..... Année : Université /Institut :

ACTIVITÉ ACTUELLE

.....

PRISE EN CHARGE

Prise en charge personnelle ? OUI NON

Par un organisme ? OUI NON, lequel Numéro de SIRET :

Etablissement :

Adresse :

CP : Ville :

Responsable du plan de formation :

Cachet de l'établissement

Signature du responsable

