

Module 1 : Pratiques fondamentales

SimUSanté® est composé d'espaces pédagogiques reconstituant les environnements de travail dans lesquels les professionnels exercent. L'authenticité des espaces permet des mises en situations diversifiées et adaptées à l'ensemble des équipes professionnelles.

Compétences visées, contenu de la formation :

- > Assurer les soins et conseils aux patients porteurs de chambres implantables
- > Connaître et appliquer les recommandations de bonnes pratiques liées à la pose d'accès sur chambres implantables,

Ainsi seront abordés :

- La pose des chambres implantables.
- Les données anatomo-physiologiques et indications thérapeutiques.
- Les recommandations et manipulations (procédures).
- Pose, manipulation, branchement et débranchement.
- Entretien, surveillance
- Conseils et informations

Méthodes pédagogiques :

- > Evaluation pré et post test sur cas cliniques.
- > Résolution de problèmes.
- > Ateliers de simulation procédurale
- > Ateliers de simulation hybride (acteurs équipés de matériel de plastrons de simulation) permettant de recréer des échanges soignants / soignés réalistes associés à la pratique de gestes techniques.
- > Analyse de cas à partir de vidéos.

Publics concernés :

Tous professionnels de santé habilités à utiliser les chambres implantables.

Modalités d'évaluation :

- > Evaluation des connaissances antérieures (quizz, questionnaires, cas cliniques).
- > Evaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- > Evaluation des acquis post formation à distance (impact sur les pratiques lors du module 2)
- > Présence conditionnant la validation
- > Recueil de satisfaction des stagiaires
- > Délivrance d'attestation de formation

Responsables pédagogiques :

Anne Havet, Cadres de santé

Intervenants :

Cadres de santé et infirmière en oncologie et hématologie clinique

- > Chrystelle Boudernel - Muriel Henicque - Anne Havet

Durée :
1 journée

Dates :
Consultez notre
site internet

Tarif
individuel :
175 €
(tarif groupe
sur demande)

Participants :
10

Horaires :
9h00 - 17h00

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

