



Durée :  
2 jours

### Compétences visées, contenu de la formation :

Adapter sa pratique à la prévention et à la prise en charge de la douleur au sein d'une équipe pluridisciplinaire :

- > Prévenir la douleur induite par les soins.
- > Repérer les signes de la douleur : les outils d'évaluation.
- > Adapter ses soins : le rôle des IDE, MEM et MK au sein de l'équipe.
- > Comprendre la dimension multifactorielle de la douleur.
- > Connaître les différents traitements de la douleur (médicamenteux et non médicamenteux).
- > Maîtriser les bonnes pratiques d'utilisation du MEOPA.
- > Appliquer les protocoles de surveillance des malades sous traitement antalgique.

### Méthodes pédagogiques :

- > Apports de connaissances
- > Analyses de pratiques et retours d'expérience
- > Mises en situations simulées avec débriefings

Participants :  
12 à 15

### Publics concernés :

Infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes

### Modalités d'évaluation :

- > Evaluation des connaissances antérieures (Quizz, questionnaire)
- > Evaluation des acquis post-formation immédiate (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- > Recueil de satisfaction des stagiaires
- > Délivrance d'attestation de formation

Horaires :  
9h00 - 17h00

### Responsable pédagogique :

**Béatrice Jamault**, Coordinatrice pédagogique et administrative de SimUSanté®, Directrice des soins et coordonnatrice des écoles et instituts, CHU Amiens-Picardie

### Intervenants :

Infirmière référente douleur du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD)  
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