

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.

**Durée :**  
1 journée

**Dates :**  
Consultez notre  
site internet

**Tarif  
individuel :**  
200 €  
(tarif groupe  
sur demande)

**Participants :**  
10 à 20  
**Horaires :**  
9h00 - 12h30  
14h00 - 17h30

### Compétences visées, contenu de la formation :

Maitriser le processus transfusionnel du point de vue du transfuseur :

- > Connaître les bonnes pratiques
- > Savoir dépister et corriger les anomalies et incidents du processus
  - L'immuno-hématologie érythrocytaire
  - Le don de sang
  - Les produits sanguins labiles et leurs indications en transfusion
  - L'acte transfusionnel et ses contrôles
  - Gestion des événements indésirables et des incidents liés à la transfusion
  - L'hémovigilance et la traçabilité des produits sanguins labiles
  - Etude de cas concrets en rapport avec des erreurs transfusionnelles

### Méthodes pédagogiques :

- > Amélioration des pratiques professionnelles : phase cognitive
- > Etude de cas concrets : analyse des causes racines

### Publics concernés :

Les transfuseurs : IDE, IADE, Puéricultrices DE, Sages-Femmes

### Modes d'évaluation :

- > Evaluation des connaissances antérieures (quizz, questionnaires, cas cliniques)
- > Evaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- > Présence conditionnant la validation
- > Recueil de satisfaction des stagiaires
- > Délivrance d'attestation de formation
- > Evaluation à distance : rétention des connaissances, impact pratique sur le lieu professionnel (questionnaire par e-learning)

### Responsables pédagogiques :

**Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.

### Intervenants :

- > **Dr Dorine Seuront**, Coordonnateur d'Hémovigilance ARS Hauts de France.
- > **Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.

Formation réalisée  
en partenariat avec :



**Organisme habilité  
à proposer  
des actions de DPC  
sous le numéro 1634**

### Responsables pédagogiques :

**Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.

### Intervenants :

- > **Dr Dorine Seuront**, Coordonnateur d'Hémovigilance ARS Hauts de France.
- > **Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.

Formation réalisée  
en partenariat avec :



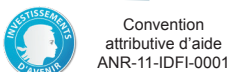
**Organisme habilité  
à proposer  
des actions de DPC  
sous le numéro 1634**

### Responsables pédagogiques :

**Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.

### Intervenants :

- > **Dr Dorine Seuront**, Coordonnateur d'Hémovigilance ARS Hauts de France.
- > **Dr Corinne Lorriaux**, Correspondant d'Hémovigilance CHU Amiens-Picardie.



SimUSanté® est cofinancé par le FEDER dans le cadre du programme opérationnel FEDER-FSE pour la Picardie.



SimUSanté® / CHU Amiens-Picardie

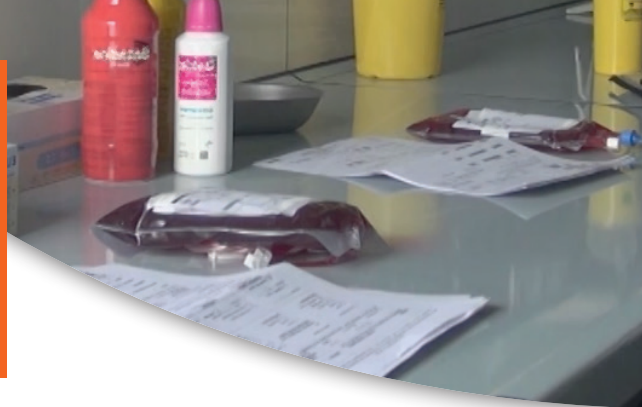
Site Sud Amiens  
Entrée Rond-point Sud  
Route de Conty Salouël  
80054 AMIENS Cedex 1

**Contact et inscription**

03.22.08.87.20  [simusante@chu-amiens.fr](mailto:simusante@chu-amiens.fr)

 [www.simusante.com](http://www.simusante.com)



## 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

