

Prise en soins à domicile et éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques

Dates : **27 et 28 septembre ou 29 et 30 novembre 2018**

Lieu : Ile-de-France

Public : Idels

Coût : 708€ TTC

Responsable pédagogique : **Melissa Gourjault**
Infirmière coordonnatrice en cardiologie

Objectifs :

- Actualiser les connaissances relatives à l'insuffisance cardiaque
- Identifier les risques des patients sous anticoagulant
- Développer et approfondir ses compétences en terme d'ETP*
- Etre en mesure d'apporter aux patients des solutions favorisant leur qualité de vie et leur réinsertion
- Disposer, au terme de la session, d'outils éducationnels à utiliser à domicile

* ETP : Education thérapeutique du patient



La prise en charge à domicile du patient insuffisant cardiaque entres professionnels et aidants. Cette formation-délivre les clefs spécifiques à l'éducation thérapeutique en exercice libéral.

PROGRAMME

Jour 1

- Parcours de soins, à compter de la survenue de l'accident cardiaque
- Impacts de l'insuffisance cardiaque sur la vie personnelle et professionnelle
- ETP et posture éducative en exercice libéral
- Cotation des actes dans le cadre de l'ETP à domicile

Jour 2

- Prévenir le risque de récurrence : construire le programme d'éducation thérapeutique
- Séances éducatives : simulation à partir de situations cliniques
- Evaluation des compétences du patient et rôle des aidants

Demande de renseignements :
pamela.neyt@initiativessante.fr - 01 76 21 92 77

Initiatives
ANTÉ

 **Initiatives Santé**
Formation Continue

N° d'activité : 11 92 19877 92

Qualification
des Services
Intellectuels
ISO
OPQF

N° 1216 SP 003523

 **dpc**
ANNUAIRE
DES
PROFESSEURS

N° : 6200

BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner par courrier à :

Initiatives Santé – Formation continue – 102 rue Étienne Dolet - 92240 Malakoff

Contact : Courriel : pamela.neyt@initiativessante.fr • Tél. : 01 76 21 92 77

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES - ILE-DE-FRANCE

708€ TTC ... 2 jours

Établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

PARTICIPANT

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Ligne directe :

Courriel :

Choisissez votre session : 27 et 28 septembre 29 et 30 novembre

GESTIONNAIRE DE L'INSCRIPTION

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Ligne directe :

Courriel :

INFORMATIONS À FAIRE MENTIONNER SUR LA FACTURE

Établissement :

Service ou contact :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Fait à : Cachet et signature obligatoires :

Le :