

# 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

DPC : 62001800006

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](mailto:pamela.neyt@initiativessante.fr) - 01 76 21 92 77

**Initiatives**  
ANTÉ

# BULLETIN D'INSCRIPTION

**À retourner par courrier à :**

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

**Contact :** Courriel : [pamela.neyt@initiativessante.fr](mailto: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 : .....