

Escarres et dermites liées à l'incontinence

Prévention et prise en charge

Dates : **28 et 29 janvier 2019**

Lieu : Paris/Île-de-France

Public : Tous professionnels de santé

Coût : 415€ TTC

Responsable pédagogique : **Caroline Vallet** (DU Cicatrisations des plaies, brûlures et nécroses, DU Prévention et prise en charge des escarres)

Objectifs :

- Etablir une procédure permettant d'harmoniser les pratiques
- Comprendre les causes de l'incontinence et les pathologies associées
- Expliquer les différents modes de protection
- Analyser les comportements de la personne incontinente
- Apporter des solutions
- Différencier l'escarre de la dermite associée à l'incontinence (DAI)
- Prévenir et traiter la DAI



PROGRAMME

1^{er} jour

L'incontinence

- Les principaux types d'incontinence de la personne âgée
- Les facteurs pouvant jouer un rôle déclencheur ou aggravant
- Prévention de l'incontinence
- Bonnes pratiques pour maintenir l'autonomie
- Soins de l'incontinence et différents modes de protections

Outils

- Bibliographie
- Identification et investigations de sources documentaires
- Presse spécialisée
- Sites Internet

2^{me} jour

Escarre et dermite associées à l'incontinence (DAI)

- Escarre : prévention et prise en charge
- La dermite associée à l'incontinence (DAI)
- Relation avec la personne incontinente
- Attitudes bienveillantes et bienveillantes
- Gestes et attitudes apaisants

Méthodes

- Diaporama PowerPoint
- Quiz : utilisation de photographies
- Exercices pratiques
- Echanges, débat
- Démonstrations : changes anatomiques, crèmes, matériels urinaires et pansements

Demande de renseignements ou d'offre « Intra » :
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 • Tél. : 01 76 21 92 77

ESCARRES ET DERMITES LIÉES À L'INCONTINENCE PARIS/ÎLE-DE-FRANCE

415€ TTC ... 2 jours

Établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

PARTICIPANT

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Ligne directe :

Courriel :

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 :