

Prise en soin à domicile et éducation thérapeutique des patients victimes d'AVC

Lieu : Ile-de-France

Date : **14 et 15 mars 2019**

Public : Idels

Coût : 708€ TTC

Responsable pédagogique : **Michèle Faugère,**
Infirmière coordonnatrice Hemipass 19

Objectifs :

- Actualiser les connaissances relatives à l'accident vasculaire cérébral
- Identifier les besoins en santé des patients victimes d'AVC
- Développer et approfondir les compétences en terme d'éducation thérapeutique
- Apporter des solutions favorisant qualité de vie et réinsertion



Au décours d'un AVC, le retour à domicile est à la fois attendu et source d'inquiétude. Son succès repose tout autant sur les aidants naturels ou familiaux que sur l'infirmière libérale, qui devront, ensemble, coordonner le parcours de soins pour aider le patient à recouvrer une autonomie possible.

PROGRAMME

Jeudi 14 mars

- AVC : rappels d'épidémiologie et de physiopathologie
- Parcours de soins, de la survenue de l'AVC à la réinsertion professionnelle
- Retour à domicile : impact de l'AVC sur la vie quotidienne
- Élaboration des objectifs éducatifs

Vendredi 15 mars

- Aidants naturels et familiaux : des acteurs à part entière
- Coconstruire un programme d'éducation thérapeutique personnalisé pour prévenir le risque de récurrence
- Ateliers pratiques : séances éducatives simulées à partir de situations cliniques

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
 ISQ
OPQF

N° 1216 SP 003523

 dpc
ANIMATION
ET

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

PRISE EN SOIN À DOMICILE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS VICTIMES D'AVC

14 ET 15 MARS 2019

708€ TTC

Établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

PARTICIPANT

Mme M.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Ligne directe :

Courriel :

Coût de la formation, en € TTC :

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 :