

Formation initiale AFGSU 1

La formation permet au stagiaire d'acquérir des connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence vitale ou potentielle et la réalisation des gestes d'urgence adaptés à cette situation ainsi que la participation à la réponse à une urgence collective ou une situation sanitaire exceptionnelle.

Public concerné

Les personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé.

Pré requis: pas de pré requis

Programme pédagogique: trois modules :

- urgences vitales
- urgences potentielles
- urgences collectives

Méthodes pédagogiques:

La pédagogie utilisée est une pédagogie active de l'adulte favorisant la découverte par l'apprenant.

Outils: simulation, partage d'expérience, ressources numériques

Modalités d'évaluation

La délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence 1 est subordonnée à la validation de chacun des modules qui composent la formation, fondée sur la présence tout au long de la formation et la vérification de l'acquisition des connaissances par le stagiaire, des gestes et des comportements adaptés à une situation d'urgence simulée.

Responsables pédagogiques

Dr Boubacar SIGNATE
Mme Aurélie STANISLAS

Durée

2 jours (14h)
de 8h00 à 12h00
et de 13h00 à 16h00

Dates

Nous contacter ou consulter
site internet GEM

Lieux

CESU 973 au CH Cayenne

Accessibilité

Accessible aux PMR



Délais d'accès

Formation ouverte toute
l'année sauf vacance sco-
laire, 12 participants
maximum par session

Intervenants

Formateurs titulaires de la
formation de formateur de
l'AFGSU

Tarifs

363 euro par personne

Nous Contacter

Secrétariat: Centre Hospitalier de Cayenne, Rue des Flamboyants, BP 6006, 97306 Cayenne Cedex

Du lundi au vendredi, de 8h à 14h. Tel: 05.94.39.53.61

cesu973.secretariat@ch-cayenne.fr

Formation initiale AFGSU 1

OBJECTIFS ET COMPETENCES VISEES

URGENCES VITALES

- identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre une protection adaptée
- alerter le SAMU, transmettre les observations et suivre les conseils donnés
- identifier l'inconscience et assurer la liberté et la protection des voies aériennes
- identifier un arrêt cardiaque et réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base avec matériel
- identifier une obstruction aiguë des voies aériennes et réaliser les gestes adéquats
- arrêter une hémorragie externe

URGENCES POTENTIELLES

- identifier les signes de gravité d'un malaise, d'un traumatisme osseux ou cutané et effectuer les gestes adéquats
- participer au relevage et au brancardage
- identifier les signes de gravité d'une brûlure et agir en conséquence
- appliquer les règles élémentaires d'hygiène

RISQUES COLLECTIFS

- identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de sécurité
- identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc
- Être sensibilisé aux risques SSE

Nous Contacter

Secrétariat: Centre Hospitalier de Cayenne, Rue des Flamboyants, BP 6006, 97306 Cayenne Cedex

Du lundi au vendredi, de 8h à 14h. Tel: 05.94.39.53.61

cesu973.secretariat@ch-cayenne.fr

NOM de naissance : _____ NOM d'usage : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____
 Date de naissance : _____
 Ville de naissance : _____ département (en lettres) ou pays si étranger : _____
 Adresse personnelle : _____

 Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____
 Mail : _____
 Etes-vous porteur d'un handicap ? OUI / NON _____ Si oui, avez-vous besoin d'aide : OUI / NON _____

Profession – Personnel, non professionnel de santé, exerçant au sein (cocher la réponse) :

- d'un établissement de santé
- d'une structure médico-sociale
- d'un cabinet libéral auprès d'un professionnel de santé libéral

Veillez indiquer la profession :

Si établissement de santé : CHC CHOG CHK Clinique Libéral

Service : _____

Mail du cadre de santé : _____

Si autre, nom et adresse de l'employeur : _____

PRISE EN CHARGE (hors agent du CHC)	
INDIVIDUELLE	PAR L'ETABLISSEMENT
Le stagiaire s'engage à prendre en charge cette action de formation dès réception de la facture. À _____ Le _____ Signature du stagiaire	L'Etablissement s'engage à prendre en charge cette action de formation. Adresse de facturation: À _____ Le _____ Signature et cachet de l'Etablissement

Date de la formation choisie : _____

Je soussigné (e) autorise la saisie informatique de ces données. (droit d'accès sur simple courrier)

Renseignements certifiés conformes, sur l'honneur,

Fait à _____, le _____

Signature : _____