

## 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](mailto: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](mailto: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 :** \_\_\_\_\_