

Formation initiale AFGSU 2

Acquisition des connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et sa prise en charge, seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale, la participation à la réponse à une urgence collective ou une situation sanitaire exceptionnelle

Public concerné

Les professionnels de santé, les titulaires ou en cours de formation du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique, d'accompagnant éducatif et social, d'assistants de régulation médicale, les assistants médicaux, les préleveurs sanguins et les auxiliaires ambulanciers.

Pré requis: pas de pré requis

Programme pédagogique: trois modules :

- urgences vitales
- urgences potentielles
- urgences collectives

Méthodes pédagogiques:

Pédagogie active de l'adulte favorisant la découverte par l'apprenant.

Outils: patient standardisé, simulation procédurale, partage d'expérience, ressources numériques

Modalités d'évaluation

La délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence 2 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

3 jours (21 h)
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



Décalage 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

522 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 2

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
- Prendre les mesures adaptées pour la mère et pour l'enfant face à un accouchement inopiné

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, professionnel de santé (entourer la réponse) :

Médecin, Pharmacien, dentiste, sage femme, cadre de santé, IDE, IADE,IBODE, Puéricultrice, aide soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, auxiliaire ambulancier, Masseur-kinésithérapeute, Manipulateur d'électrologie médicale, Préleveur sanguin, Technicien d'analyse biomédicale, Préparateur en pharmacie, Assistant dentaire, ARM, Audio-prothésiste, Diététicien, Ergothérapeute, Opticien-Lunetier, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure-podologue, Prothésiste-Orthésiste, Psychomotricien, aide médico-psychologue

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

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.	L'Etablissement s'engage à prendre en charge cette action de formation.
À _____	Adresse de facturation: À _____
Le _____	Le _____
Signature du stagiaire	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 :