

Acquisition des compétences 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 :

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 :

- Urgences vitales
- Urgences potentielles
- Urgences collectives

Méthodes pédagogiques :

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

Mises en situations simulées :

Simulation, partage d'expérience, ressources numériques.

Modalités d'évaluation et de délivrance :

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 Aurélia STANISLAS

Durée

2 jours (14h)
8h00 - 12h00
13h00 - 16h00

Dates

Nous contacter ou consulter
notre site :
<https://urgences973.ghguyane.fr/cesu-973/>

Lieux

CESU 973

Tarifs

363,00 € / personne

Délais d'accès

Formation ouverte toute l'année sauf vacances scolaires,
12 participants maximum par session

Intervenants

Formateurs titulaires de la formation de formateur de l'AFGSU

Accessibilité



Secrétariat : Centre Hospitalier Universitaire de Guyane,
3 Avenue Alexis Blaise 97300 - CAYENNE
0594 39 53 61
cesu973.secretariat@ch-cayenne.fr

AFGSU 1

Formation initiale ou validité dépassée

OBJECTIFS ET COMPÉTENCES VISÉS

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 sans 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.
- Identifier les signes de gravité d'une brûlure et agir en conséquence.
- Appliquer les règles élémentaires d'hygiène.

RISQUES COLLECTIFS

- Comprendre le concept de SSE et connaître l'organisation ORSEC/ORSAN.
- Identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de sécurité.
- Identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc / plan bleu.
- Être sensibilisé aux risques NRBC_E et les principes de la CUMP.

VALIDITÉ 4 ANS

AFGSU 1

Formulaire d'inscription

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____
 Date et lieu de naissance : _____
 Département (en lettres) ou pays de naissance (si étranger) : _____
 Adresse personnelle : _____

Numéro de téléphone : _____
 Mail : _____

Êtes-vous porteur d'un handicap ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, avez-vous besoin d'aide ? ☐ OUI ☐ NON

Veuillez indiquer votre profession :

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

- ☐ d'une structure médico-sociale
☐ d'un cabinet libéral auprès d'un professionnel de santé libéral
☐ d'un établissement de santé : ☐ CLINIQUE ☐ LIBÉRAL
☐ CHU - Site de Cayenne ☐ CHU - Site de Kourou ☐ CHU - Site de Saint Laurent du Maroni

Service :

Mail du cadre de santé : _____

Accord du cadre ET signature : ☐ OUI ☐ NON

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

PRISE EN CHARGE (HORS AGENT DU CHU - SITE DE CAYENNE)

INDIVIDUELLE	PAR L'ÉTABLISSEMENT
Le stagiaire s'engage à prendre en charge cette action de formation <u>dès réception de la facture.</u> À : Le : Signature :	L'établissement s'engage à prendre en charge cette action de formation <u>dès réception de la facture.</u> Adresse de facturation : À : Le : Signature et cachet de l'établissement :
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 :