

Formation PRODUITS

Personnel soignant en EHPAD

(infirmière, ergothérapeute, médecin, technicien de santé, aide soignant, kinésithérapeute)

1

Rappel Formation « Produits »

3h

Formation sur le site de l'EHPAD avec le matériel de l'établissement pour tout le personnel utilisant des dispositifs médicaux de la Catégorie 4 :

Formation Technique

- Lit médicalisé
- Lève-personne et Verticalisateur
- Fauteuil Roulant Manuel et Confort
- Présentation Aides Techniques

Mise en situation

- Aides Techniques
- Simulation multi-pannes
- Aide à la solution

Astreinte

- Sa procédure



Pourquoi cette formation ?

Formation & Sécurisation à l'utilisation du **matériel** (soignant/résident)

Confort et bien être du résident **Elargit le spectre de la PEC**

Lien de **confiance** entre **Résident** / **Aidant** / **Professionnel**

Personnel soignant au contact du résident

Public visé :

Personne amenée à utiliser les DM : Catégorie 4
infirmière, ergothérapeute, médecin, technicien
aide soignant, kinésithérapeute

Moyens pédagogiques :

- Mise en situation du personnel intervenant au quotidien auprès du résident
- Démonstration, contrôle et conseils personnalisés

Accompagnement dans le montage financier

Pour toute demande d'information

Contacteur : **Stéphanie PIANT**

Au : 05 56 91 02 44

Ou par mail à : contact@cgpdm.com

Lieu de la formation

Site de l'établissement

BULLETIN D'INSCRIPTION - PRODUITS

Entreprise

Raison sociale :

N° de SIRET :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email :

Formations

<i>Option 1</i>	250€^{HT}	Formation de 4 à 8 personnes (2h30 modulaire)
-----------------	--------------------------	---

<i>Option 2</i>	950€^{HT}	Formation par groupe 4 à 8 personnes (5 demi-journées de 3h00) pour l'ensemble du personnel soignant
-----------------	--------------------------	--

Financement

Organisme de financement de la formation

Budget de l'établissement

OPCO

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Virement Chèque

RIB : FR76 3000 4024 3700 0100 3794 674

BIC : BNPAFRPPXXX

Visa et cachet de l'entreprise
Date

Nom / Prénom du signataire :

Fonction :