

GESTION et MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN SERVICE D'HEMODIALYSE

Intervenants

Caroline GROUDEL : Responsable centre de formation FID
Josée THAMON : Responsable qualité et gestion des risques
Valérie GORSE-DEHAME, Cadre hygiéniste formateur

Public

- Cadres de santé
- Infirmiers

Durée

2 jours

Coût (net de taxes)

850 €

Objectifs

- ◆ Apprendre à reconnaître et analyser les différents types de risques au cours de la séance d'hémodialyse
- ◆ Le risque infectieux lié aux soins et les points critiques à maîtriser
- ◆ Choisir les indicateurs pertinents pour évaluer la qualité des mesures mises en place

Contenu

- ◆ Qualité et gestion des risques
 - Indicateurs de gestion du risque infectieux en service d'hémodialyse
 - Outils de surveillance/évaluation (EPP, audit, visite de risques infectieux...)
- ◆ Hygiène et prévention du risque infectieux
 - Travailler dans un environnement maîtrisé, gestion du risque environnemental
 - L'organisation des soins chez le patient ambulatoire
 - Gestion du risque infectieux (précautions standard, précautions complémentaires, isolement septique BMR/BHRe)
- ◆ Analyse et prévention des infections associées aux soins au cours de la séance d'hémodialyse
 - Les risques liés à l'eau médicale et aux générateurs
 - Les risques liés au circuit extra-corporel
 - Les risques liés à l'abord vasculaire
 - Les risques liés au patient
 - Les risques liés à la contamination croisée
 - Les risques liés au personnel

Méthode

- ◆ Apports théoriques, étude de cas, ateliers
- ◆ Analyse des pratiques professionnelles,
- ◆ Evaluation/Quiz, réajustement des connaissances,
- ◆ Evaluation à chaud orale de la formation et questionnaire de satisfaction écrit.



CENTRE DE FORMATION AURA
Immeuble "Le Panoramique"
5, avenue de Verdun
94200 IVRY SUR SEINE

Tel: 01 53 62 66 03
Fax: 01 53 62 67 10

fid@auraparis.org
www.auraparis.org
N° Agrément: 11752527875
N° SIRET: 77569483900397
CODE NAF: 7010Z
Association à but non lucratif
loi du 1er juillet 1901



MODULE HYGIENE – BULLETIN D'INSCRIPTION

25 et 26 novembre 2021

Nom.....**Prénom**.....

Fonction.....

Ancienneté en service de Dialyse :

Date de naissance.....

Adresse personnelle.....

.....

Code postal..... Ville.....

Tél..... Mail.....

Adresse professionnelle (si différente).....

Code postal..... Ville.....

Tél..... Fax.....

Coût du stage

Acompte 50%

(Prise en charge Employeur)

ou

Acompte 30%

(Prise en charge Individuelle)

A régler par chèque à l'inscription - à A.U.R.A Centre de Formation

Date, le.....

Modalités d'inscription

Toute inscription ne sera prise en considération que si elle est accompagnée de l'acompte de 50% prévu ci-dessus. Elle devra être retournée au moins 4 semaines avant le début de la session. Le paiement du solde du coût de la formation sera effectué au plus tard le 1er jour de la session.

Fait à.....

Le.....

Signature

CACHET DE L'ETABLISSEMENT