

Coût de la formation pour les 2 jours

- 410 € par personne.
- 370 € par personne à compter de 6 inscriptions pour le même établissement. Pour des inscriptions multiples, nous vous remercions de bien vouloir nous adresser un bulletin individuel, dûment complété / participant.

Les déjeuners et les comptes rendus des Assises sont pris en charge par la fédération. L'organisation ainsi que les frais de déplacement, restauration du soir et hébergement, sont à charge de l'employeur, du participant ou de l'organisme financeur.

* Hébergement conseillé : l'hôtel Mercure Chartrons 81 Cours Saint-Louis, 33300 Bordeaux

Contactez : Mme Lorraine CORNON DE DIVES Téléphone : 05 33 09 02 63

Et Mme GAUVRIT Carole 06 84 84 01 16

Lien de réservation disponible sur le site : www.fnaas.fr

Déplacement : Je désire recevoir un fichet de réduction de transport SNCF 20%.

fnaas 

Fédération nationale des associations d'aides-soignants



Jusqu'à 50 % de réduction (soumis à conditions) pour vous rendre à la manifestation
Réservation du Billet Electronique ou Envoi du billet à domicile
En France (0 820 820 820 (0,12 €/mn) ou auprès de votre agence de voyages habituelle.

HOMOLOGATION RESEAU METROPOLE AIR FRANCE 04190AF
ASSISES NATIONALES DES ASSOCIATIONS D'AIDES-SOIGNANTS

Validité : minimum deux jours avant et après la manifestation. Fret Air France 0 802 057 057

Liste des Agences et centres de réservation Air France sur Internet : <http://www.airfrance.com>

L'AIDE SOIGNANT

DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE,
RÔLE, MISSIONS ET COMPETENCES.

25^e Assises nationales
des associations
d'aides-soignant(e)s

7 et 8 juin 2018

Hôtel Mercure
Château des Chartrons
81 cours St-Louis 33000 BORDEAUX

• Actualiser ses connaissances et comprendre la physiopathologie et les complications du diabète.

• Définir le rôle et les missions de l'aide-soignant au sein d'une équipe pluridisciplinaire auprès de personnes diabétiques.

• Apprendre et respecter les bonnes pratiques de l'hygiène de vie corporelle et développer ses connaissances dans le contexte et le cadre juridique de l'éducation thérapeutique

Règlement

En cas de règlement anticipé, veuillez adresser un chèque à l'ordre de la FNAAS, à :
Monsieur Patrice CHICHERIE, trésorier
19, Rue du Clos St Jean – 33160 MONTFORT SUR MEU
Tél : 06 06 68 48 72 - mail : fnaaschicherie@free.fr

Confirmation

Une convocation nominative sera établie à réception de la convention de formation validée et signée par l'organisme payeur.

Annulation :

Pour toute annulation intervenant après le 6 mai 2018, et/ou, en cas d'absence de l'agent le jour de l'évènement, le montant total de la formation reste dû à la FNAAS.

Facturation

Celle-ci sera transmise à l'organisme payeur, accompagnée de l'attestation de présence, à l'issue du Congrès.

fnaas 
Fédération nationale des associations d'aides-soignants



MNH  BFM
PROFESSION BANQUES
WESTERN SOCIÉTÉ

Sous le haut Patronage du Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports.

Jeudi 7 juin 2018

Programme



- 8h00 :** Accueil des participants
- 09h00 :** Ouverture du congrès par la Présidente de la FNAAS
La Présidente Aquitaine et Midi Pyrénées, Mme GAUVRIT, Le Coordonnateur général des soins du centre hospitalier de Libourne, Mme TRANQUARD, représentant de l'ARS de Bordeaux, un élu de la mairie de Bordeaux.
- 09h30 :** Physiopathologie du diabète
Dr Christelle RAFFAITIN CARDIN - Diabétologue au centre hospitalier de Libourne.
- 10h15 :** PAUSE
- 10h45 :** Alimentation du patient diabétique
(équilibre alimentaire, équivalences glucidiques, choix des repas, connaissance et respect des régimes prescrits, surveillance et traçabilité de la prise alimentaire) : Mme Corinne MENDEZ, Cadre diététicienne au centre hospitalier de Libourne
- 12h00 :** PAUSE DEJEUNER
- 14h00 :** Hygiène et surveillance du pied diabétique
Mr FAVRE Adrien, Pédiatre Podologue au centre hospitalier de Libourne et Mme DOUANEY Delphine, aide-soignante au centre hospitalier de Libourne.
- 14h45 :** Pause
- 15h15 :** Ateliers par groupes animés par des infirmiers, aides-soignants, diététiciennes podologue
(4groupes) Pied diabétique, Diététique, collaboration AS/IDE, Activités Physique.
- 17 h00 :** fin de la première Journée

vendredi 8 juin 2018

- 08h30 :** Accueil des participants
- 09h00 :** Intervention de la FNAAS (Mme Présidente, Vice-Président.....)
Rôle et missions de la FNAAS, Interventions auprès des différentes instances.
- 09h30 :** La Collaboration IDE/AS auprès du patient Diabétique :
Mme Françoise DIEZ, infirmière en diabétologie et dermatologie à l'hôpital de Libourne et Mme Sandrine CASSIN, aide-soignante à l'hôpital de Libourne.
- 10h45 :** Pause
- 11h15 :** Coordonnateur de la cellule Medico-Juridique SDIS78 :
Mr Pierre LEMAIRE, Contexte et cadre juridique (quels soins pour l'AS quelles responsabilités, quelle place dans l'éducation thérapeutique et la prévention auprès des patients diabétiques.
- 12h15 :** PAUSE DEJEUNER
- 14h00 :** Le Diabète de Type 1 chez l'enfant et l'adolescent :
Mr le Dr BOULARD Stéphane, Pédiatre Endocrinologue à PESSAC.
- 14h45 :** Impact psychologique de cette maladie sur le patient,
écouter, entendre... comment aider et avoir une communication adaptée ? : Mme Fanny DUGUINY, psychologue au centre hospitalier de Libourne.
- 15h15 :** Pause
- 15h45 :** Intervention d'une association de diabétiques :
AFD 33 (association française de diabétiques) - Qui sont les associations, quels sont leurs rôles et leurs missions.
- 16h30 :** Clôture des Assises 2018

Ce programme est susceptible de subir de légères modifications, nous vous remercions par avance de votre compréhension

BULLETIN D'INSCRIPTION

N° d'activité du formateur 11755312575

Merci de compléter ce bulletin en lettres capitales et le retourner dans les meilleurs délais, à :

SCHUHLER Arlette, 28 D RUE DES MOUETTES.67800 BISCHHEIM
Tel: 06 61 91 43 87 Mail: asfnaas@gmail.com

Mme M
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Fonction :
Service :
Tél. Professionnel : Tél. Personnel :
E-mail :

VOTRE PRISE EN CHARGE

Organisme
Nom et adresse complète (indispensable) :
.....
Code postal..... Ville.....
 établissement public semi public privé
Code FINESS (Ministère de la Santé) :
Nom et adresse complète (indispensable) :
Code postal : Ville :
Date et signature de l'inscrit (obligatoire).....

« Je déclare, ainsi que mon établissement payeur, avoir pris connaissance des conditions (recto/verso) et approuve sans réserve ».

le : signature