

SOINS DE SUPPORT

Prise en charge
nutritionnelle en
Hémato-oncopédiatrie

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET PÉDAGOGIQUES DE LA FORMATION

A l'issue de la formation, l'apprenant sera capable de :

- Prévenir le risque de malnutrition chez l'enfant atteint de cancer
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle de ces patients

Pour atteindre les objectifs opérationnels, l'apprenant devra :

- Comprendre les causes de la dénutrition et ses conséquences chez l'enfant atteint de cancer
- Savoir dépister et évaluer la malnutrition pendant le cancer



THÈMES DU PROGRAMME

- Nutrition en oncologie pédiatrique
- Idées reçues sur alimentation et cancer
- Les besoins de l'enfant et la diversification alimentaire (atelier)
- Les différents régimes en hémato-oncologie (atelier)
- Les techniques d'enrichissement et les compléments nutritionnels oraux (atelier)
- Nutrition entérale / parentérale (débat)
- Nutrition artificielle en oncopédiatrie
- Pose de SNG (atelier)



PRÉREQUIS

- Travailler auprès d'enfants traités pour cancer



PUBLICS CONCERNÉS

- Aide-soignant, auxiliaire de puériculture, diététicien, infirmier, médecin



MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques et échanges d'expérience
- Analyse de cas concrets, quiz et atelier pratique
- Support de cours remis aux participants



MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pas d'évaluation

DATES

Le 11 octobre 2021

DURÉE

1 jour soit 7 heures

LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

NOMBRE DE PARTICIPANTS

16 personnes

FRAIS D'INSCRIPTION

300 €

Déjeuners inclus

INTERVENANTS

- Auxiliaire de puériculture
- Diététicienne
- Infirmières
- Pédiatre

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Formation commune avec salariés du Centre Léon Bérard
- Nouvelle formation créée en 2020 mais annulée
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : non concerné

**Vous êtes professionnel de santé libéral ou salarié exerçant en centre de santé conventionné ?
Pour bénéficier de votre prise en charge : créez votre compte personnel sur le site www.mondpc.fr**

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation choisie :

Date :

Participant : Salarié Etablissement de santé public ou privé Centre de soins conventionné
 Libéral (>50%) Mixte

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Service :

Profession :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse de facturation :

Tel professionnel :

Tel domicile :

Email :


Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

Règlement : Prise en charge individuelle.
 Prise en charge par l'établissement.

Bulletin à retourner à :

CENTRE LEON BERARD
Institut de formation
28 rue Laennec - 69373 LYON Cedex 08

 04 78 78 59 82

 institut.formation@lyon.unicancer.fr

**L'inscription à la session sera effective à la réception de ce
bulletin d'inscription.**

Pour accord, date et signature :

Je souhaite recevoir des informations :

- de l'Institut de Formation
 du Centre Léon Bérard (newsletter mensuelle,
invitation,...)