

## Prise en charge des lymphœdèmes

### OBJECTIFS OPÉRATIONNEL ET PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

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

- Prendre en charge des patients atteints de lymphœdèmes

Pour atteindre l'objectif opérationnel, l'apprenant devra :

- Acquérir des éléments diagnostiques et thérapeutiques (DLM, bandages, orthèse de maintien) nécessaires à la prise en charge des lymphœdèmes



### THÈMES DU PROGRAMME

- Le système lymphatique, physiologie et physiopathologie
- La prise en charge du lymphœdème en théorie
- Atelier drainage et bandage du membre supérieur
- Atelier drainage et bandage du membre inférieur
- Les vêtements de compression définitive
- Cas cliniques, DLM visage et DLM du sein
- Présentation association LORA
- Retours d'expérience – Questions libres



### PRÉREQUIS

- Pas de prérequis exigé



### PUBLICS CONCERNÉS

- Ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthésiste



### MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques et discussions
- Ateliers pratiques



### MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pré et post test

#### DATES

Les 20 et 21 octobre et le 1<sup>er</sup> décembre 2023

#### DURÉE

2,5 jours, soit 17,5 heures

#### LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

#### NOMBRE DE PARTICIPANTS

20 personnes

#### FRAIS D'INSCRIPTION

1 250 €

Déjeuners inclus (5€/jour/pers.)

### INTERVENANTS

- Kinésithérapeutes libérales
- Médecin vasculaire

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 15 professionnels formés en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : 3,79 / 4

**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](http://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 :

Profession :

N° Siret :

Nom du directeur :

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.

☐ Je suis en situation de handicap (Notre équipe vous contactera au besoin)

**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](mailto: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,...)