

# 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
- Echanges d'expérience
- Analyse de cas concrets
- Quiz
- Ateliers pratiques



## MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pas d'évaluation

### DATES

Le 9 octobre 2023

### DURÉE

1 jour soit 7 heures

### LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

### NOMBRE DE PARTICIPANTS

16 personnes

### FRAIS D'INSCRIPTION

300 €

Déjeuners inclus (5€/jour/pers.)

### INTERVENANTS

- Auxiliaire de puériculture
- Diététicienne
- Infirmières
- Pédiatre

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Formation commune avec salariés du Centre Léon Bérard
- 1 professionnel formé en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : 3 / 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 :

**Réglement :**  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)

**Pour accord, date et signature :**

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

**Je souhaite recevoir des informations :**

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