

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**

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

**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,...)