

Prise en charge des Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) à domicile

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET PÉDAGOGIQUES DE LA FORMATION

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

- Comprendre les enjeux spécifiques des AJA
- Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile de cette population

Pour atteindre les objectifs opérationnels, l'apprenant devra :

- Avoir une vision globale de la population AJA atteinte de cancer, en englobant les problématiques spécifiques de cette population (médicales, psychologiques, sociales)
- Mieux connaître le réseau des différents acteurs impliqués auprès des AJA atteints de cancer



THÈMES DU PROGRAMME

- Définition de la population AJA
- Spécificités psycho-sociales des AJA
- Spécificités de la prise en charge de la douleur chez les AJA
- Spécificités de la prise en charge en soins palliatifs et en fin de vie chez les AJA



PRÉREQUIS

- Travailler auprès de patients atteints de cancer
- Travailler auprès d'AJA



PUBLIC CONCERNÉ

- Infirmier libéral



MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Témoignage d'un ancien patient ou d'un aidant (selon disponibilité)



MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Questionnaire de connaissances post-formation

DATE

Le 12 avril 2024

DURÉE

½ journée soit 4 heures

LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

NOMBRE DE PARTICIPANTS

10 personnes

FRAIS D'INSCRIPTION

250 €

INTERVENANTS

- Infirmière puéricultrice et coordinatrice AJA et SALT
- Médecins oncologues pédiatres
- Psychologue du DAJAC

**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,...)