

# Décontamination hospitalière d'urgence et moyens de protection individuels et collectifs nucléaire, radiologique, chimique

## Module 5 (Annexe 7)

FICHE 13

**Public visé :** Professionnels de santé et personnels des établissements de santé chargés d'accueillir et/ ou de prendre en charge des victimes potentiellement contaminées.

**Prérequis :** Module « urgences collectives et situation sanitaire exceptionnelle » de l'AFGSU 1 ou 2

### OBJECTIFS

- Assurer l'accueil et la prise en charge de victimes potentiellement contaminées pour lesquelles il est nécessaire de revêtir un équipement de protection individuelle (EPI)
- Caractériser les risques liés aux contaminations NRC pour les victimes et les personnels
- Identifier et maîtriser l'utilisation des mesures de protection individuelle et collective en fonction des différents risques et des moyens de l'ES
- Comprendre les règles pour éviter les transferts de contamination NRC, (zonage, marche en avant, traçabilité, ...) tout en délivrant les soins médicaux appropriés
- Connaître les contraintes logistiques et physiologiques liées au port des différents types de tenues NRBC-E adaptées aux risques

### METHODES PEDAGOGIQUES

La formation est centrée sur une pédagogie active et des supports multimédias.

- Cas cliniques
- Ateliers pratiques
- Apports théoriques

### MODALITES ET DELAIS D'ACCES

- Accès après validation de la fiche d'inscription
- Session de formation limitée à **12 participants**
- Délais 3 à 6 mois

### CONTENU

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038730202> Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

<https://ancesu.fr/wp-content/uploads/2024/02/Note-technique-formation-SSE-v17022024.pdf>

### MODALITES D'EVALUATION

- Évaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- Présence conditionnant la validation
- Recueil de satisfaction des stagiaires

### INTERVENANTS

- Equipe de formateurs SSE du CESU 37

### INDICATEURS DE RESULTATS Formation 2023

Taux de satisfaction global : **99,2%**

#### DURÉE

7h

#### MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

Formulaire d'inscription à compléter ci-dessous

Clôture des inscriptions :

La liste des participant(e)s retenu(e)s pour la formation sera constituée au fur et à mesure de la réception des inscriptions

#### DATES DE LA FORMATION

Consulter l'onglet calendrier

#### TARIFS

Coût de formation par agent :

**250€**

#### LIEU DE FORMATION

CESU 37

#### PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.chu-tours.fr/ecoles-du-chru-de-tours/cesu37/>

#### CONTACT

SECRETARIAT CESU37 –

☎ : 02.47.47.76.15 ou 7 76 16

✉ : [cesu37@chu-tours.fr](mailto:cesu37@chu-tours.fr) Accessibilité aux personnes en situation de handicap



Formulaire d'inscription		Fiche
Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	
Nom de naissance :	Nom d'usage :	
Prénom :		
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Coordonnées personnelles		
Adresse :		
Téléphone :	Mail :	
Coordonnées professionnelles		
Nom de l'employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone :		
Service actuel :	Fonction exercée :	
Correspondant formation continue		
Nom du correspondant :	Qualité :	
Téléphone :	Mail :	
Téléphone professionnel :	Mail professionnel :	

### Titre de formation

Motivations, attentes et besoins particuliers :

Date souhaitée :

2<sup>ème</sup> choix possible :

### Diplômes professionnels et dates de leurs obtentions

*Pour les recyclages fournir obligatoirement la copie de l'afgsu*

### Handicap et PMR

Les personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser au référent handicap de la DRHE, monsieur Mikael Cheptou par courriel : [m.cheptou@chu-tours.fr](mailto:m.cheptou@chu-tours.fr) ou par téléphone : 02 47 47 97 50 ou au secrétariat du CESU au 02 47 47 76 15 / 02 47 47 76 16 ou par courriel : [cesu37@chu-tours.fr](mailto:cesu37@chu-tours.fr)

### Fiche de prise en charge financière des formations continues

(A compléter obligatoirement)

Prise en charge financière par :

- votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)
- vous-même
- autres

Fait à ....., le.....

Signature apprenant,

signature organisme financeur,