

FORMATION A LA SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE APRES LA SORTIE DE MATERNITE



Une formation d'une journée destinée aux professionnels exerçant autour des maternités de VALENCE, ROMANS et MONTELMAR et des CPP de CREST, PRIVAS, TOURNON, DIE et ST MARCELIN.

9 Avril Valence et région « sud »

13 Juin Valence et région « Nord »

Public : sages-femmes, médecins généralistes, puéricultrices, ...
en exercice libéral, en PMI ou en maternité

Objectifs de la formation :

- Organiser le parcours des nouveau-nés après la sortie de maternité dans un réseau ville hôpital autour de la maternité et développer le travail en réseau
- Proposer aux professionnels une réflexion à partir de cas cliniques sur des situations fréquentes observées pendant les premiers jours de vie afin de confirmer le bas risque ou de savoir agir en cas de signes d'alerte .

Thématiques abordées : Ictère du nouveau-né, perte pondérale, allaitement maternel, souffle cardiaque, dépistage LCH, lien mère/enfant, pleurs du nourrisson, plagiocéphalie....

Formation organisée en collaboration avec l'URPS Sages-femmes ARA, URPS médecins et les PMI





FORMATION A LA SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE APRES LA SORTIE DE MATERNITE

DATES et LIEUX

9 Avril 2024 9h00 /17h00

CH Montélimar

OU

13 Juin 2024 9h00/ 17h00

CH Valence

PROGRAMME

9 h 00 Accueil des participants

9h00 - 9h45 Introduction de la journée par le Réseau AURORE

Les sorties précoces (*I Jordan*)

9h45 - 10h15 Présentation de la maternité et organisation de la maternité.
(Professionnels de l'établissement)

10h15 - 12h30 Echanges autour de 4 cas cliniques

12h30—13h30 Déjeuner

13h30 - 16h30 Echanges autour de 4 cas cliniques

16h30 -17h00 Conclusions et clôture de la journée

Intervenants : H Clément, K Gestas,
I Jordan, J Stagnara, S Viaux-Savelon.

Coût de la formation : 80 Euros

Formation organisée en collaboration avec :





FORMATION A LA SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE APRES LA SORTIE DE MATERNITE

Formulaire d'inscription

- 09/04/2024 9h00 /17h00 au CH Montélimar
- 13/06/2024 9h00/17 h00 au CH Valence

Nom

Prénom.....

Profession

Exercice Libéral PMI Hospitalier

Adresse mail (MAJUSCULES)

.....

Adresse postale d'exercice :

.....

Téléphone

.....

J'atteste exercer en lien avec la (les) maternité (s) / CPP de

.....