**DEMANDE DE LABELLISATION GESTION DE RISQUE**

**1-INTITULE de la formation :**

DATE :

LIEU :

DUREE DE LA FORMATION :

NOMBRE DE PARTICIPANTS :       médecins       IADE et autre

**2-MOTS CLES DE LA FORMATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anesthésie Loco-régionale  | [ ]  | Pédiatrie  | [ ]  Obstétrique [ ]  |
| Circulation  | [ ]  | Pharmacologie  | [ ]  Réanimation [ ]  |
| Douleur Aigue/Chronique | [ ]  | Physiopathologie  | [ ]  Organisation de soins [ ]  |
| Evaluation, EPP  | [ ]  | Selon le terrain  | [ ]  Vigilance [ ]  |
| Hémostase-Thrombose  | [ ]  | Spécialités Chirurgicales | [ ]  Vie professionnelle [ ]  |
| Infectiologie  | [ ]  | Système nerveux  | [ ]  Ventilation [ ]  |
| Matériel  | [ ]  | Transfusion  | [ ]  Nutrition [ ]   |
| Médico-légal  | [ ]  | Techniques de l’Anesthésie  | [ ]  |
| Médecine préhospitalière  | [ ]  | Traumatologie  | [ ]  |

**3-GESTION DES RISQUES**

[L’Accréditation des médecins est un programme](http://www.cfar.org/index.php/accreditation.html) de gestion des risques qui se décline sur 4 ans. Le CFAR est organisme agréé par la Haute Autorité de Santé et gère le suivi de l’accréditation des anesthésistes-réanimateurs engagés dans cette procédure. Le programme d’accréditation des médecins comporte, entre autres, l’obligation d’assister à 4 demi-journées de FMC labellisées « Gestion du Risque (GdR) » par le CFAR soit 12 heures sur 4 ans.

Afin que de nous permettre d’analyser votre programme sur l’aspect Gestion des Risques en anesthésie-réanimation, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Auto-évaluation de la Gestion des Risques de mon programme**  | **OUI**  | **NON**  |
| La formation traite les aspects théroriques de méthodes d’analyses et de gestion du risque ? (Exemple : méthode alarm, recherche de dysfonctionnements) | **[ ]**  | **[ ]**  |
| La formation traite l’éventuelle survenue d’un événement indésirable redouté (exemple : choc anaphylactique) | **[ ]**  | **[ ]**  |
| La formation aborde les facteurs prédictifs de survenue de l’évènement  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| La formation aborde les méthodes ou organisation visant à prévenir le risque | **[ ]**  | **[ ]**  |
| La formation présente les traitements pour éviter qu’il ne se produise ou pour limiter sa gravité | **[ ]**  | **[ ]**  |

**Préciser le nombre d’heures de Gestion du risque en AR du programme :**

**Quelle (s) session(s) :**

Tarifs :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LABELLISATION GR\*** |
| **Nb de participants** | **Montant facturé** |
| - de 10 | 50€ |
| De 10 à 50 | 100€ |
| De 51 à 100 | 150€ |
| De 101 à 200 | 200€ |
| + de 200 | 350€ |

# MERCI DE JOINDRE À CETTE DEMANDE LE PROGRAMME COMPLET ET LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES DE VOTRE FORMATION

A renvoyer à Madame Sabrina DEFRANCE

au moins deux mois avant la date de début de la formation :

sdefrance@cfar.org / 01 45 20 87 20