

## Les pathologies

### OBJECTIFS

- Connaître les différentes pathologies que l'aide à domicile peut rencontrer dans le cadre de ses interventions
- Apprendre les comportements à adopter dans l'accompagnement des personnes malades et de leur entourage
- Prendre conscience de son ressenti et de ses peurs

#### Méthodes pédagogiques

**Apports théoriques et méthodologiques - échanges et mises en situations - remise de supports écrits (grilles)**

#### Contenu de la formation

##### **Approche des pathologies :**

- maladie d'Alzheimer
- maladie de Parkinson
- Sclérose en plaques
- Démence Précoce
- Maniaco-dépression
- Paranoïa
- Etats dépressifs
- Paralyse totale ou partielle
- Cancers

##### **Description et conduite à adopter**

##### **Identification des intervenants**

##### **Analyses des situations de travail**

#### **Vous êtes concernés :**

Aides à domicile et auxiliaires de vie sociale

#### **Durée :**

2 jours, non consécutifs, soit 14 h

**Les dates et les lieux seront fixés en fonction des demandes des structures.**

#### **Tarifs en Inter :**

Structures adhérentes  
Qualidom Sud :  
190 € par jour, soit 380€ par participant, par session.

Structures non adhérentes  
Qualidom Sud :  
290 € par jour, soit 580€ par participant, par session.

#### **Les + de la formation :**

*Avoir des repères, des outils pour mieux appréhender la maladie, mieux comprendre la personne malade et mieux communiquer avec le bénéficiaire et son entourage.*



# Bulletin d'inscription

**Renvoyez votre le bulletin de demande d'inscription**

**PAR FAX**

**04 93 99 38 05**

**PAR COURRIER**

2040 Chemin de Saint-bernard - Porte 12  
06220 VALLAURIS

Réf de la prestation : .....

Titre de la prestation : .....

Dates souhaitées : .....

Nom de la structure : .....

Nom du référent de l'inscription : .....

Téléphone du référent : .....

E-mail du référent : .....

Adresse de facturation : .....

Nom et prénom du participant 1 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 2 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 3 : .....

Fonction : .....

En signant ce bulletin, j'accepte les conditions générales de vente du catalogue p39.

Cachet et signature

A .....

Le .....



# Bulletin d'inscription

**Renvoyez votre le bulletin de demande d'inscription**

**PAR FAX**

**04 93 99 38 05**

**PAR COURRIER**

2040 Chemin de Saint-bernard - Porte 12  
06220 VALLAURIS

Nom et prénom du participant 4 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 5 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 6 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 7 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 8 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 9 : .....

Fonction : .....

Nom et prénom du participant 10 : .....

Fonction : .....

En signant ce bulletin, j'accepte les conditions générales de vente du catalogue p39.

Cachet et signature

A .....

Le .....