**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](mailto:sdefrance@cfar.org) / 01 45 20 87 20