

Prise en charge des
lymphœdèmes

OBJECTIFS OPÉRATIONNEL ET PÉDAGOGIQUES DE LA FORMATION

A l'issue de la formation, l'apprenant sera capable de :

- Traiter des patients atteints d'une maladie lymphatique

Pour atteindre l'objectif opérationnel, l'apprenant devra :

- Acquérir les connaissances théoriques indispensables pour reconnaître et comprendre la maladie lymphatique
- Acquérir les connaissances diagnostiques et thérapeutiques (DLM, bandages, orthèse de maintien) nécessaires à la prise en charge des lymphœdèmes



THÈMES DU PROGRAMME

- Le système lymphatique, physiologie et physiopathologie
- La prise en charge du lymphœdème en théorie
- Atelier drainage et bandage du membre supérieur
- Atelier drainage et bandage du membre inférieur
- Les vêtements de compression définitive
- Cas cliniques, DLM visage et DLM du sein
- Présentation association LORA
- Retours d'expérience – Questions libres



PRÉREQUIS

- Pas de prérequis exigé



PUBLICS CONCERNÉS

- Ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthésiste



MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques et discussions
- Ateliers pratiques



MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pré et post test

DATES

Les 20 et 21 octobre et
le 1^{er} décembre 2023

DURÉE

2,5 jours, soit 17,5 heures

LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

NOMBRE DE PARTICIPANTS

20 personnes

FRAIS D'INSCRIPTION

1 250 €
Déjeuners inclus (5€/jour/pers.)

INTERVENANTS

- Kinésithérapeutes libérales
- Médecin vasculaire

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 15 professionnels formés en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : 3,79 / 4

**Vous êtes professionnel de santé libéral ou salarié exerçant en centre de santé conventionné ?
Pour bénéficier de votre prise en charge : créez votre compte personnel sur le site www.mondpc.fr**

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation choisie :

Date :

Participant : ☐ Salarié ☐ Etablissement de santé public ou privé ☐ Centre de soins conventionné
☐ Libéral (>50%) ☐ Mixte

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

N° Siret :

Nom du directeur :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse de facturation :

Tel professionnel :

Tel domicile :

Email :

Numéro ADELI :


Numéro RPPS :


Règlement : ☐ Prise en charge individuelle.
☐ Prise en charge par l'établissement.

☐ Je suis en situation de handicap (Notre équipe vous contactera au besoin)

Bulletin à retourner à :

CENTRE LEON BERARD
Institut de formation
28 rue Laennec - 69373 LYON Cedex 08

 04 78 78 59 82

 institut.formation@lyon.unicancer.fr

**L'inscription à la session sera effective à la réception
de ce bulletin d'inscription.**

Pour accord, date et signature :

Je souhaite recevoir des informations :

- ☐ de l'Institut de Formation
☐ du Centre Léon Bérard (newsletter mensuelle,
invitation,...)