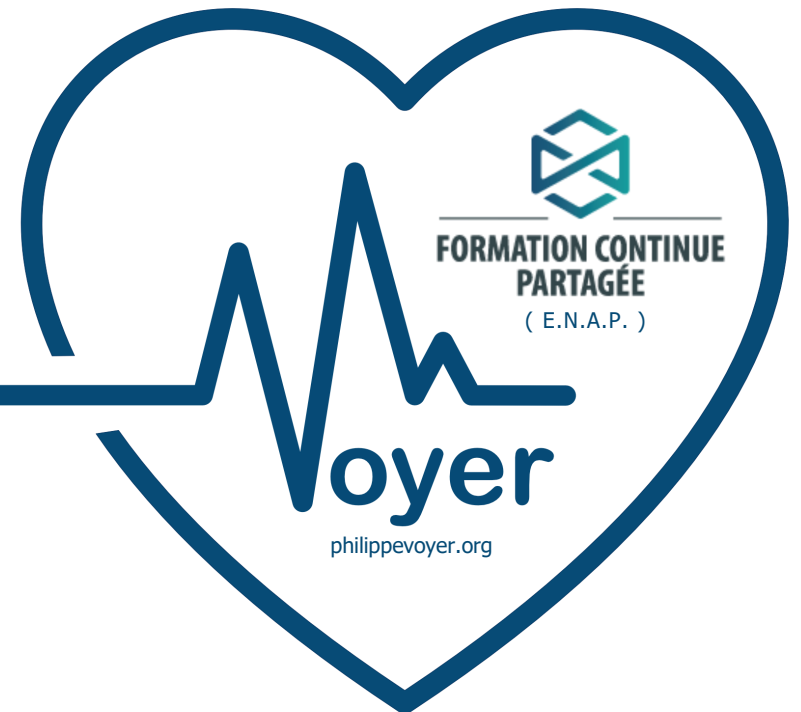


JOURNAL DE BORD

PLAN DE FORMATION



<https://fcp.rtss.qc.ca>

www.philippevoyer.org



NOM :

ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ



IDÉE ORIGINALE — MARIE-ANDRÉE GUILLEMETTE ET DAPHNÉ BARBARA PETIT

CONCEPTION — KATHERINE-PENELOPE SENÉCAL

MONTRÉAL ÉTÉ 2021

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Prioritaires

Du _____ au _____ 20

PRENDRE SOIN D'UNE PERSONNE
ATTEINTE DE LA MALADIE
D'ALZHEIMER: *COMMENT COMPOSER
AVEC SES PROBLÈMES DE MÉMOIRE ET
SES COMPORTEMENTS INATTENDUS.*

ÉTAMPE

En présentiel à la salle de formation: Max 8 personnes
à programmer par semaine

Durée : 1 heures

3 Questionnaires

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Prioritaires

Du _____ au _____ 20

L'ÉVALUATION DANS
LES CONTEXTES DES *SCPD*

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8 h 00 de formation sur un mois

Durée :

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Prioritaires

Du _____ au _____ 20

L'EXAMEN CLINIQUE SOMMAIRE
DE L'AINÉ LORS DE SITUATION
COMPLEXE

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8 h 00 de formation sur un mois

Durée : WEBINAIRE

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Prioritaires

Du _____ au _____ 20

L'APPROCHE ADAPTÉE À
LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA)
POUR LES PAB

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8 h 00 de formation sur un mois

Durée : 4 heures 06 minutes

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

** Formation Prioritaires*

Du _____ au _____ 20

HUMANITAE + LES COMPORTE-
MENTS ATTENDUS DU PERSONNEL
SELON LES VALEURS À LA BASE
DE NOTRE APPROCHE

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8 h 00 de formation sur un mois

Durée : 25 min.

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

** Formation Obligatoires*

Du _____ au _____ 20

LES SIGNES AINÉES

ÉTAMPE

En présentiel salle de formation, Max: 8 personnes à programmer
par semaine

Durée :

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Obligatoires

Du _____ au _____ 20

L'IMPACT D'UNE TRANSITION SUR L'AINÉ ATTEINT DE PROBLÈMES COGNITIFS : MIEUX COMPRENDRE POUR ATTÉNUER LES EFFETS POTENTIELLEMENT NÉGATIFS

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 3 h 22 de formation sur un mois

Durée : 25 min

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Obligatoires

Du _____ au _____ 20

DÉTECTION ET SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS ATTEINTS DE *TNCM*. UTILISATION EFFICACE DU *PAINAD* ET DU *PACSLAC-II-F*

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8 h00 de formation sur un mois

Durée : 19 min

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Recommandées

Du _____ au _____ 20

CERTIFICATION RCR

ÉTAMPE

En présentiel salle de formation, Max: 8 personnes à programmer par semaine

Durée : 1 h 30

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

* Formation Recommandées

Du _____ au _____ 20

MESURES D'URGENCE

ÉTAMPE

En présentiel salle de formation, Max: 8 personnes à programmer par semaine

Durée :

Signature Approbatoire :

Date :

RISQUE SUICIDAIRE

ÉTAMPE

En présentiel salle de formation, Max: 8 personnes à programmer par semaine

Durée : 1 h 30

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

ÉTAMPE

À domicile pour un total de 8H 00 de formation sur un mois

Durée : 2h10

1 Questionnaire

Signature Approbatoire :

Date :

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :

Du _____ au _____ 20

NOM DE LA FORMATION :

ÉTAMPE

Signature Approbatoire :

Date :



FORMATION CONTINUE PARTAGÉE

*La puissance collective
au service de nos compétences*

(E.N.A.P.)