

# Prendre soin d'une personne en fin de vie



Jeudi 20 mars 2014  
08h30 – 16h30  
La Lagune - Rive Bleue  
Route de la Plage 1  
1897 Le Bouveret

## **Descriptif**

Accompagner une personne en fin de vie dans une démarche d'offre en soins optimale, méthodique sécurise aussi bien le patient, les proches, les accompagnants que les différents intervenants.

Le patient est bien là, en vie, présent dans toute sa dimension humaine, jusqu'au terme de sa vie et ce, tout au long des échanges verbaux, non verbaux et interventions techniques.

Cette journée a pour but de vous aider à réactualiser, à corriger ou à confirmer vos compétences pour l'accompagnement de personnes en fin de vie. Vous aurez la possibilité d'échanger vos questionnements issus de vos pratiques et de vous munir d'outils pratiques pour les soins.

## **Objectifs**

- Prévenir et limiter les complications en phase d'involution lente de fin de vie (douleurs-escarres-soins de bouche...)
- Anticiper les besoins en nourriture-hydratation et y répondre de manière adaptée
- Déterminer pourquoi et jusqu'à quand continuer l'administration du traitement médicamenteux du patient
- Prendre en compte les besoins psycho-sociaux et spirituels du patient et de ses proches dans son accompagnement

## **Intervenante**

Madame Gaby Deurin, Infirmière indépendante en Soins Palliatifs- Soins infirmiers généraux- Soins infirmiers en oncologie

## **Participants**




Infirmières, étudiants(es) en soins infirmiers

## **Prix**

Membre ASI	100.00
Non-membre	150.00
Elève	50.00

**Responsable du cours : Sladjana Djordjijevski**

**Inscription** jusqu'au 4 mars 2014

Secrétariat de l'ASI  
Jean-Claude Caloz  
Espace des Remparts 23 1950 Sion  
027 322 40 07   
027 322 40 03   
info@asi-sbk-vs.ch 

## Bulletin d'inscription

**Prendre soin d'une personne en fin  
de vie**

Le 20 mars 2014

Nom .....

Prénom .....

Rue .....

Domicile .....

No de tél ..... E-mail:.....

Employeur .....

Prière de cocher la case correspondante

Je suis

Infirmière

Etudiante en soins infirmiers

Je suis

membre ASI

non-membre ASI

No membre ASI .....

Date .....

Signature .....

**Cette inscription a valeur de contrat et j'ai pris connaissance des conditions générales.**