



# Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences de niveau 1

FICHE 03

**Public visé :** L'AFGSU niveau 1 est destinée à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé.

## OBJECTIFS

- Identification et prise en charge d'une urgence à caractère médical seul ou en équipe en utilisant du matériel non invasif et en attendant l'équipe médicale spécialisée.
- Identifier une détresse vitale ou potentielle
- Connaître la procédure d'alerte et construire un message d'alerte clair et concis
- Mettre en place une protection adaptée pour soi et le patient
- Agir en utilisant des techniques non invasives dans l'attente des secours

## MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

- Méthodes pédagogiques actives s'appuyant sur les connaissances antérieures des stagiaires
- Ateliers pratiques avec mannequins et mises en situation
- Tests d'évaluation pré et post-formation

## MODALITÉS ET DELAIS D'ACCÈS

- Accès après validation de la fiche d'inscription
- Session de formation limitée à **12 participants**
- Délais 4 à 6 mois

## CONTENU

- Alerte et bilan patient
- Identification et prise en charge d'une urgence vitale : hémorragie, obstruction des voies aériennes, inconscience, arrêt cardio-respiratoire
- Identification et prise en charge d'une urgence potentielle : malaise, traumatismes
- Sensibilisation aux urgences collectives et situations sanitaires exceptionnelles

*Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence*

## MODALITÉS D'EVALUATION

- Évaluation continue individuelle permettant la délivrance de l'Attestation
- Évaluation de la formation par les apprenants.

## INTERVENANTS

- Equipe de formateurs du CESU 37

## INDICATEURS DE RESULTATS Formation 2025 : 100%

Taux de satisfaction global 97,4%

### DURÉE

14h

### MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

Formulaire d'inscription à compléter ci-dessous

**Clôture des inscriptions :**  
La liste des participant(e)s retenu(e)s pour la formation sera constituée au fur et à mesure de la réception des inscriptions

### DATES DE LA FORMATION

[Consulter l'onglet calendrier](#)

### TARIFS

Coût de formation par agent :

**290 euros**

### LIEU DE FORMATION

A définir selon les besoins

### CONTACT

SECRÉTARIAT CESU37 –

02.47.47.76.15 ou 7 76 16

✉ : [cesu37@chu-tours.fr](mailto:cesu37@chu-tours.fr) Accessibilité aux personnes en situation de handicap

**PLUS D'INFORMATIONS**  
<https://www.chu-tours.fr/ ecoles-du-chru-de-tours/cesu37/>



## Formulaire d'inscription

Fiche

Madame

Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu et département de naissance :

### Coordonnées personnelles

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Mail :

### Coordonnées professionnelles

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Service actuel :

Fonction exercée :

### Correspondant formation continue

Nom du correspondant :

Qualité :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :



## Titre de formation

**Motivations, attentes et besoins particuliers :**

**Date souhaitée :**

**2<sup>ème</sup> choix possible :**

## Diplômes professionnels et dates de leurs obtentions

*Pour les recyclages, fournir obligatoirement la copie de l'afgsu*

## Handicap et PMR

**Les personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser au référent handicap de la DRHE, monsieur Mikael Cheptou par courriel : [m.cheptou@chu-tours.fr](mailto:m.cheptou@chu-tours.fr) ou par téléphone : 02 47 47 97 50 ou au secrétariat du CESU au 02 47 47 76 15 / 02 47 47 76 16 ou par courriel : [cesu37@chu-tours.fr](mailto:cesu37@chu-tours.fr)**

## Fiche de prise en charge financière des formations continues

(À compléter obligatoirement)

**Prise en charge financière par :**

- votre employeur** (joindre l'attestation de prise en charge)
- vous-même**
- autres**

**Fait à ..... , le.....**

**Signature apprenant,**

**signature organisme financeur,**