

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTÉTRICALES
FORMATION PAR LA SIMULATION HAUTE-FIDÉLITÉ**

FICHE 03

Public visé : Sages-Femmes souhaitant mettre à jour leurs connaissances sur la prise en charge des urgences en Obstétrique

Pré-requis : DE de sage-femme

OBJECTIFS

- Prendre en charge une urgence obstétricale
- Spécifier le positionnement professionnel de la sage-femme
- Optimiser le travail en interprofessionnalité et la communication dans les situations à risque
- Gérer le stress lors d'une situation à risque

METHODES PEDAGOGIQUES

- Méthode participative, réflexive favorisant le questionnement
- Simulation haute-fidélité

MODALITES ET DELAIS D'ACCES

- Accès après validation de la fiche d'inscription
- Nombre de place limité à 6 participants maximum

CONTENU

- Séances de simulation sur des scénarios de prise en charge des urgences obstétricales dans un environnement de Salle d'accouchement

MODALITES D'EVALUATION

- Pour les acquis des participants : prétest et test en fin de session
- Pour la satisfaction des participants : évaluation réalisée en fin de formation et à 3 mois

INTERVENANTS

- Sages-Femmes enseignantes

INDICATEURS DE RESULTATS Formation 202* - nbre participants

Taux de réponse :
Taux de satisfaction global :

DURÉE

**½ journée (4 heures)
De 8h30 à 12h30**

MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

Fiche d'inscription à compléter ci-dessous Clôture inscriptions **18/11/2026**

DATES DE LA FORMATION

1^{er} décembre 2026

TARIFS

Tarif formation : 180 euros

LIEU DE FORMATION

Ecole de Sages-Femmes – CHRU Bretonneau
2 boulevard Tonnelé

CONTACT

02 47 47 47 31
secretariat.esf@chu-tours.fr
a.debord@chu-tours.fr

PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.chu-tours.fr/ecoles-du-chru-de-tours/>

SESSIONS DE FORMATION CONTINUE BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION

Thème :

Dates :

Référence :

PARTICIPANT

Madame Monsieur

NOM :

NOM D'USAGE :

Prénom :

Date de naissance :

E-mail :

Fonction exercée :

Service :

Diplômes professionnels : Diplôme d'État de Sage-Femme :

Autres (préciser) :

PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom de l'établissement employeur :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Statut juridique de l'établissement : Public Privé

N° de SIRET :

Nom du correspondant Formation Continue :

Téléphone :

E-mail :

PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

La convention de formation sera adressée à l'adresse ci-dessous :

Adresse :

Code postal :

Ville :

DATE ET SIGNATURE DU PARTICIPANT

DATE ET SIGNATURE DU DIRECTEUR

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT