

## Demande d'action de prévention

### **PUBLIC :**

Tout salarié de l'entreprise, volontaire ou désigné dans tout secteur d'activité parmi les adhérents de l'AMETRA 06.

### **CADRE LEGISLATIF :**

. Depuis un décret du 5 mai 2007, le Code de la santé publique précise que «Toute personne, même non médecin, est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe répondant aux caractéristiques définies à l'article R 6311-14 »

L'arrêté du 6 novembre 2009 complète ce décret en prévoyant une initiation, non obligatoire, qui a pour objet l'utilisation par des personnes non médecins d'un défibrillateur automatisé externe.

### **OBJECTIF :**

**Sauver des vies en permettant à tout témoin d'un arrêt cardiaque de réaliser immédiatement les gestes qui sauvent, en attendant l'arrivée des secours spécialisés.**

### **METHODES PEDAGOGIQUES :**

- Exposé théorique à l'aide d'un support visuel.
- Appropriation de la gestuelle par la pratique.
- Méthode participative.

En entreprise, le formateur apportera le matériel nécessaire à la formation (mannequin, défibrillateur de démonstration). Une salle proportionnelle au nombre de stagiaires équipée d'un écran ou d'un mur blanc devra être mise à la disposition du formateur.

### **MODALITES PRATIQUES :**

- **Lieu d'intervention** : Dans votre entreprise ou au sein de l'AMETRA 06
- **Effectif** : groupe de 4 à 10 personnes
- **Durée** : entre 2 et 4 heures selon les groupes
- **Coût de la prestation** : **GRATUITE**

### **PROGRAMME :**

La formation est composée d'une partie théorique et d'une phase d'apprentissage des techniques.

1. **Rappel bref des mécanismes physiopathologiques de l'arrêt cardiaque**
2. **Reconnaissance d'un arrêt cardiaque**
  - théorie
  - pratique
3. **Conduite à tenir devant un arrêt cardiaque**
  - 1 vie = 3 gestes
  - Appeler**
  - Masser**
  - Défibriller**
- 4 **Entraînement des stagiaires**

### **EVALUATION :**

**Cette initiation ne donne lieu à aucune délivrance de diplôme ou attestation**

## Inscription

Nom de l'entreprise : .....

Code adhérent : ..... Médecin du Travail : Dr .....

N° SIRET : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Dates de formation : .....

**J'ai pris connaissance des conditions générales d'intervention et les accepte sans réserve.**

Fait à ..... le .....

Nom et signature du Responsable ..... Cachet