



**SIMHU Nîmes**  
Plateforme d'enseignement par simulation



Université de Montpellier  
**FACULTÉ**  
de  
**MÉDECINE**  
Montpellier-Nîmes

## ***ECHOCARDIOGRAPHIE ET***

## ***EVALUATION HEMODYNAMIQUE***

Public :  
Médecins urgentistes,  
Internes ou DESC ou  
DES de Médecine  
d'Urgence

### PRE REQUIS

Lieu :  
Faculté de Médecine  
de Nîmes

Niveau 1 d'échographie cardiaque (connaître et réaliser les coupes de bases)

### OBJECTIF

Intervenants  
Dr X BOBBIA  
Dr A CLEMENT  
Dr M POUQUET

Apprentissage et perfectionnement à l'évaluation hémodynamique du patient en détresse vitale grâce à l'outil échographique

Horaires  
8h30-12h30  
13h30-17h30

### RESUME

Rappeler les bases de l'évaluation hémodynamique à l'aide de supports théoriques

Tarif  
450 euros

Intégrer cette évaluation dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients

Inscription  
Secteur Formation  
CHU Nîmes

Renforcement de la pratique échographique et développement du raisonnement clinique (cas cliniques pratiques)

Bulletin joint  
Voie postale ou

[dpc@chu-nimes.fr](mailto:dpc@chu-nimes.fr)

***PROCHAINES FORMATIONS***

***LES LUNDI 30 AVRIL 2018 ET 4 JUIN 2018***

**Formation DPC**



MÉDICAL



PARAMÉDICAL



ENSEIGNEMENT PAR SIMULATION

# BULLETIN D'INSCRIPTION



## FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation : .....

Dates : .....

Coût : .....

Atelier(s): .....

## STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Fonction/grade : .....

Adresse mail : .....@.....

Téléphone : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N°ADELI ou n° RPPS : .....

Désignation de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

CP : ..... Ville : .....

Prise en charge des frais d'enseignement : Employeur  Personnelle  Autres

## ETABLISSEMENT

*(si prise en charge par l'Employeur ou Autres)*

Désignation : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Nom du responsable de l'inscription : .....

Adresse mail : .....@.....

Fait à : .....

Le : .....

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'établissement  
(si prise en charge par l'employeur)

**Bulletin d'inscription à retourner à l'adresse suivante :**

Centre hospitalier universitaire de Nîmes - Direction du Développement Professionnel - Secteur Formation

Place du Professeur-Robert-Debré 30029 Nîmes Cedex 9

Ou par mail : [dpc@chu-nimes.fr](mailto:dpc@chu-nimes.fr)