

FICHE DE MISSION

| | |
|--|---|
| POSTE CONCERNE | Relais du Développement Professionnel Continu |
| MISSION PRINCIPALE | Professionnels de proximité chargés d'accompagner la mise en oeuvre du DPC au sein des équipes de soins. |
| MISSIONS | CONTENU |
| 1. Informer et promouvoir la mise en place du DPC | <ul style="list-style-type: none"> - Relayer aux équipes soignantes les informations transmises par les référents DPC, - Solliciter l'intervention des référents DPC en cas de besoins, - Faire remonter au cadre assistant de pôle les besoins des professionnels en matière de formation et d'amélioration des pratiques et les difficultés de terrain. |
| 2. Participer à la mise en œuvre du DPC | <ul style="list-style-type: none"> - Procéder au recensement des besoins des professionnels concernés, en matière de formation et d'amélioration des pratiques, - Participer à l'étape d'Analyse des Pratiques Professionnelles inscrite dans les programmes, notamment par l'organisation de temps dédiés à la restitution des résultats d'Audits et à la réflexion sur les pratiques au regard des recommandations, - Accompagner la mise en œuvre par les professionnels, des actions d'amélioration. |
| 3. Assurer la traçabilité des étapes réalisées par agent concerné | <ul style="list-style-type: none"> - Tenir à jour puis transmettre à la responsable de la formation continue, les feuilles d'émergence relatives à l'APP, - Recenser et tenir à jour la liste des personnels de l'unité, engagés dans le DPC |
| 4. Contrôler le respect de l'obligation individuelle | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la participation des agents concernés de leur unité, aux programmes DPC - Transmettre à la responsable formation tous les documents de suivi (feuilles d'émergence et autres..) |
| RELATIONS | CONTENU |
| 1. Responsable de l'activité | - Cadre de santé d'unité de soins intra hospitalière ou extra hospitalière. |
| 2. Relations fonctionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Médecin-chef de pôle - Référents DPC (DRH, DS, RAQ/GdR, Dr BOUTERFAS) - Responsable de la formation continue |
| NOM DE LA PERSONNE | SIGNATURE |
| Nom : | Date : |
| Prénom : | |
| Fonction : | Signature : |