

# Prise en charge des Adolescents et Jeunes Adultes (AJA)

## OBJECTIFS DE LA FORMATION

- Améliorer la prise en charge des patients âgés de 15 à 25 ans traités pour une pathologie cancéreuse
- Mieux identifier les répercussions psychosociales de la survenue d'un cancer à cet âge et mieux connaître les spécificités de cette population

## A THÈMES DU PROGRAMME

- Données épidémiologiques (définition, types de pathologies, répartition géographique et lieux de prise en charge)
- Spécificités psychologiques de l'adolescent
- Spécificités de la prise en charge de la douleur chez les AJA
- Le suivi à long terme
- Recherche clinique
- Prise en charge en soins palliatifs
- Sexualité chez les AJA : comment l'aborder ?
- Préservation de la fertilité
- Orientation – réinsertion – vie professionnelle
- Spécificités de l'annonce diagnostique chez les AJA
- Présentation du dispositif DAJAC
- Témoignages d'anciens patients

### DATE

25 et 26 juin 2020

### DURÉE

2 jours

### LIEU

Lyon

### NOMBRE DE PARTICIPANTS

30 personnes

### FRAIS D'INSCRIPTION

420 €

Déjeuners inclus



## PRÉREQUIS ET PUBLIC CONCERNÉ

- Professionnel de santé exerçant auprès d'adolescents et de jeunes adultes



## MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Exposés théoriques : temps dédié
- Cas cliniques : temps dédié

### INTERVENANTS

- Médecin oncologue
- Médecin oncologue pédiatre
- Gynécologue
- Psychologue

Institut de Formation du Centre Léon Bérard  
28 rue Laennec 69373 LYON Cedex 08

SIRET N° 779.924.133.000.19

Institut enregistré sous le n° 82.69.00.867.69 auprès du Préfet de la région Rhône-Alpes  
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat

### INFORMATIONS

04 78 78 59 82

Inscriptions  
institut.formation@lyon.unicancer.fr

**Vous êtes professionnel de santé libéral ou salarié exerçant en centre de santé conventionné ?  
Pour bénéficier de votre prise en charge : créez votre compte personnel sur le site [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)**

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Formation choisie :**

**Date :**

**Participant :**  Salarié  Etablissement de santé public ou privé  Centre de soins conventionné  
 Libéral (>50%)  Mixte

**NOM :**

**Nom de jeune fille :**

**Prénom :**

Date de naissance : ...../...../.....

Service :

Profession :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse de facturation :

Tel professionnel :

Tel domicile :

Email :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

**Règlement :**  Prise en charge individuelle.  
 Prise en charge par l'établissement.

**Bulletin à retourner à :**

**CENTRE LEON BERARD**  
Institut de formation - DRH  
28 rue Laennec - 69373 LYON Cedex 08

 04 78 78 59 82

 [institut.formation@lyon.unicancer.fr](mailto:institut.formation@lyon.unicancer.fr)

**L'inscription à la session sera effective à la réception de ce bulletin d'inscription.**

**Pour accord, date et signature :**

**Je souhaite recevoir des informations :**

- de l'Institut de Formation
- du Centre Léon Bérard (newsletter mensuelle, invitation,...)