

Cahier des charges pour l'analyse des besoins donnant lieu à une formation

Afin que nous puissions répondre au mieux à votre demande, merci de renseigner le cahier des charges ci-après

et de le retourner à centreformation@ico.unicancer.fr

Si vous exercez en libéral

Nom du demandeur :

Fonction :

Adresse postale :

.....

.....

E-mail :

N° de téléphone :

Si vous êtes commanditaire d'un établissement

Identification de l'établissement :

Nom du demandeur :

Fonction :

Adresse postale :

.....

.....

E-mail :

N° de téléphone :

- | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hôpital public | <input type="checkbox"/> Hôpital privé | <input type="checkbox"/> Clinique privée Centre de soins de suite |
| <input type="checkbox"/> Centre de soins infirmiers | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> EHPAD |

Public visé :

- | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aides-soignants | <input type="checkbox"/> Attachés de recherche clinique | <input type="checkbox"/> Assistants sociaux |
| <input type="checkbox"/> Cadres de santé | <input type="checkbox"/> Diététiciens | <input type="checkbox"/> Infirmiers |
| <input type="checkbox"/> Juristes en santé | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeutes | <input type="checkbox"/> Manipulateurs |
| <input type="checkbox"/> Médecins | <input type="checkbox"/> Pharmaciens | <input type="checkbox"/> Préparateurs en pharmacie |
| <input type="checkbox"/> Psychologues | <input type="checkbox"/> Secrétaires médicales | <input type="checkbox"/> Techniciens de laboratoire |

Contexte général de la demande

- Quel est le champ d'activité de votre établissement et les spécificités liées à votre environnement professionnel ?

.....

.....
.....

- **Quelle est la situation d'origine ? Y-a-t'il des problématiques particulières rencontrées ?**

(Dysfonctionnement, projet, évolution d'organisation, évolution du métier, nouvelle technologie...)

.....
.....
.....
.....
.....

- **Quels sont les enjeux ? (Conséquences si la demande n'est pas satisfaite)**

.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont les changements attendus, l'objectif opérationnel visé, à quelle échéance ?

.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les caractéristiques du public visé par l'action de formation ?

(Nombre, âge, qualification, niveau, ancienneté, postes tenus, historique formation, motivations à se former, attentes, positionnement hiérarchique, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les contraintes à prendre en compte ?

(Durée maximale, taille des groupes, composition des groupes, planification, disponibilité des personnes) ?

.....
.....
.....
.....
.....

La formation est-elle le seul moyen mis en œuvre pour aboutir aux changements attendus ?

OUI / NON

Si autres actions :

.....
.....
.....
.....

Quelles sont les modalités d'évaluation souhaitées ?

.....
.....
.....
.....
.....

Situation de handicap à préciser OUI / NON

Si oui, vous recevrez un formulaire d'« Identification des besoins de l'apprenant en situation de handicap pour l'accueil en formation » à renseigner et retourner à l'Organisme de Formation.

Autres demandes à formuler ?

.....
.....
.....

MERCI !