

## 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 [hector-paysdelaloire@ico.unicancer.fr](mailto:hector-paysdelaloire@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 !**