

# L'Assistance Médicale Ambulatoire (AMA) des Thérapies ciblées

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

A l'issue de la formation, l'apprenant sera capable de :

- Mettre en place l'Assistance Médicale Ambulatoire (AMA) pour les thérapies ciblées

Pour atteindre les objectifs opérationnels, l'apprenant devra :

- Comprendre le rôle de l'AMA
- Connaître les outils organisationnels de la mise en place de l'AMA



## THÈMES DU PROGRAMME

- Historique AMA
- Mise en place et intérêts des appels téléphoniques sortants
- Impact financier pour l'établissement
- Le patient et l'organisation tripartite pharmacien / médecin / infirmière
- Déroulement de la consultation pharmaceutique
- Articulation entre AMA et IPA
- Mise en pratique et présentation des outils pour le lien Hôpital – Ville
- Données médico-économiques



## PRÉREQUIS

- Pas de prérequis exigé



## PUBLICS CONCERNÉS

- Cadre de santé, Infirmier, Infirmier de coordination, Médecin et Pharmacien



## MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Echanges, discussions et partages d'expériences
- Immersion dans les services
- Supports de cours en version numérique
- Attestation de présence



## MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pré et post test

### DATES

Février / mars 2023  
Mai 2023  
Septembre 2023  
Novembre 2023

### DURÉE

1,5 jours, soit 7,5 heures

### LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

### NOMBRE DE PARTICIPANTS

15 personnes

### FRAIS D'INSCRIPTION

750 €  
Déjeuners inclus (5€/jour/pers.)

## INTERVENANTS

- Infirmiers AMA et IPA
- Médecin hématologue
- Pharmacien hospitalier

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Formation annulée en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : non concerné

## 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.monpc.fr](http://www.monpc.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 :

Profession :

N° Siret :

Nom du directeur :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

#### Adresse de facturation :

Tel professionnel

Tel domicile :

## Email

Numéro ADELI :

Numéro BPPS :

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

Je suis en situation de handicap (Notre équipe vous contactera au besoin)

## Bulletin à retourner à :

POUR accord, date et signature :

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

 04 78 78 59 82

 institut.formation@lyon.unicancer.fr

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

**Je souhaite recevoir des informations :**

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