

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

**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**

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 RPPS :


Règlement : ☐ 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 :

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.**

Pour accord, date et signature :

Je souhaite recevoir des informations :

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