

## 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](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 :

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](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,...)