

Optimiser la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

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

- Assurer un accompagnement personnalisé des patients sous thérapies orales en hématologie
- Sécuriser la prise en charge des patients sous thérapies orales
- Coordonner les acteurs du parcours de soins du patient

Pour atteindre les objectifs opérationnels, l'apprenant devra :

- Acquérir des connaissances et compétences sur les thérapies orales en hématologie, leur gestion et l'optimisation du parcours des patients



THÈMES DU PROGRAMME

- Hémopathies malignes
- Stratégies thérapeutiques
- Parcours de soins
- Accompagnement et suivi du patient
- Adhésion médicamenteuse
- L'après-cancer



PRÉREQUIS

- Prendre en charge des patients en hématologie



PUBLICS CONCERNÉS

- Infirmier, médecin et pharmacien



MÉTHODES ET MOYENS PÉDAGOGIQUES

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



MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Pré et post-test

DATES

Nous consulter

DURÉE

2 jours, soit 14 heures

LIEU

Centre Léon Bérard, Lyon 8e

NOMBRE DE PARTICIPANTS

15 personnes

FRAIS D'INSCRIPTION

1 000 €

Déjeuners inclus (5€/jour/pers.)

INTERVENANTS

- Infirmier expert en pratiques avancées
- Médecins
- Pharmacien

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Formation créée en 2022
- Moyenne de satisfaction sur le critère "Attentes de la formation" : pas de données

**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,...)