

# 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 thérapeutiques 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](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 :

**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....)