

**Durée :**  
1 journée

**Dates :**  
Nous contacter

**Tarif  
individuel :**  
300 €  
(tarif groupe  
sur demande)

**Participants :**  
3 groupes de 15

**Horaires :**  
8h45 - 18h30

Formation réalisée  
en partenariat avec la  
faculté de pharmacie



## Compétences visées, contenu de la formation :

*En lien avec les objectifs déclinés dans le JO.*

*Arrêté du 10 mai 2017 pris en application de l'article 66 de la loi no 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.*

*Décret n° 2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière.*

> La formation vise à préparer les pharmaciens à prendre en charge un patient demandeur d'une vaccination contre la grippe saisonnière dans une officine.

- Rappels sur la grippe et la vaccination
- Mises au point sur la communication dans le cadre de la vaccination
- Organisation de la vaccination en officine
- Réalisation de la vaccination en pratique

## Méthodes pédagogiques :

Répartis en 3 groupes pour les acquisitions théoriques et pratiques.

Techniques utilisées :

- > Conférences d'actualisation
- > Entraînement gestuel sur patient simulé
- > Réflexions sur l'organisation de la vaccination en officine

## Publics concernés :

Pharmaciens exerçant dans une officine

## Modalités d'évaluation :

- > Evaluation des connaissances antérieures (pré- test).
- > Evaluation des acquis post-formation immédiats (post test, atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle).
- > Recueil de satisfaction des stagiaires.
- > Délivrance d'attestation de formation.

## Responsables pédagogiques :

**Pr Jean-Marc Chillon**, Pharmacien, CHU Amiens-Picardie

**Dr Etienne Brochot**, Pharmacien biologiste, CHU Amiens-Picardie

## Intervenants :

Pharmaciens d'officine, pharmaciens hospitaliers, pharmaciens biologistes, pharmacologues, infirmiers.

## FICHE D'INSCRIPTION

Dates de la formation : .....

### COORDONNÉES PERSONNELLES

Civilité : Mme / M    Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse : ..... CP : .....

Ville : ..... Email : .....

N° RPPS / ADELI : .....

### COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Etablissement : .....

Adresse : ..... CP : .....

Ville : ..... Email : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

### PROFESSION

..... depuis : ..... années

Enseignant ou Formateur : ..... depuis : ..... années

### DIPLÔMES OBTENUS

..... Année : ..... Université /Institut : .....

..... Année : ..... Université /Institut : .....

### ACTIVITÉ ACTUELLE

.....

### PRISE EN CHARGE

Prise en charge personnelle ?  OUI  NON

Par un organisme ?  OUI  NON, lequel ..... Numéro de SIRET : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Responsable du plan de formation : .....

Cachet de l'établissement

Signature du responsable