



SimUSanté® est composé d'espaces pédagogiques reconstituant les environnements de travail dans lesquels les professionnels exercent au quotidien. Les mises en situation sont réalisées au sein d'espaces pédagogiques reconstituant les environnements professionnels: officine de ville, pharmacie de service hospitalier, cabinet de consultation, domicile, service hospitalier.

Compétences visées, contenu de la formation

- Maîtriser les outils nécessaires à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en établissement hospitalier et en officine
- Développer une démarche d'évaluation

Méthodes pédagogiques

- Mises en situations simulées avec débriefings autour de cas pratiques
- Analyse de pratiques et retours d'expériences
- Discussion sur la mise en place au sein de l'établissement

Modalités d'évaluation

- Évaluation des connaissances antérieures (quiz, questionnaires, cas cliniques)
- Évaluation des acquis post formation immédiats (atteinte des objectifs, sentiment d'efficacité personnelle)
- La transmission de 3 bilans de conciliation sera demandée dans le cadre de la validation DPC

Responsable scientifique et pédagogique

Dr Aurélie Terrier-Lenglet, MCU-PH pharmacie clinique CHU Amiens-Picardie

Intervenant

Dr Aurélie Terrier-Lenglet, MCU-PH pharmacie clinique CHU Amiens-Picardie

Durée

- 1 jour

Dates

- Consultez le calendrier des prochaines sessions sur notre site internet

Tarif

- Tarif individuel : 250 € (tarif groupe sur demande)

Publics

- Professionnel de santé intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des patients :
- Pharmacien
- Médecin
- Paramédical

Document remis

Une attestation sera délivrée à l'issue de la formation.

Mise à jour : mai 2020

 www.simusante.com



SimUSanté® est cofinancé par le FEDER dans le cadre du programme opérationnel FEDER-FSE pour la Picardie.



SimUSanté® / CHU Amiens-Picardie

Site Sud, Entrée secondaire
30 av. de la Croix Jourdain
80054 AMIENS Cedex 1

Contact et inscription

☎ 03.22.08.87.20

✉ simusante.secretariat@chu-amiens.fr





Titre de la formation :

Date(s) 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