

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

#### MODULE 2

#### Analyser les prescriptions ou les demandes de dispositifs médicaux

Mr  Mme

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....Prénoms .....

N° Sécurité Sociale : .....

Date, lieu et département de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : .....Code postal : .....

Coordonnées téléphoniques : ..... Mail : .....

Employeur (coordonnées complètes)  
.....  
.....

#### Nature de la prise en charge

- Je fais une demande dans le cadre du plan de formation de mon établissement. Je joins l'attestation de prise en charge financière de mon établissement.
- Je fais une demande dans le cadre d'un congé individuel de formation professionnelle auprès de mon établissement. Je joins l'engagement de paiement.
- Je fais une demande de disponibilité pour études auprès de mon établissement. Je joins l'engagement de paiement.

#### Assurances

Le CHU de TOURS souscrit un contrat d'assurance couvrant les garanties "Responsabilité Civile" et "Risques Professionnels" des étudiants conformément à l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale.

Les frais d'assurance « responsabilité civile » vie privée sont à la charge de l'étudiant VAE.

A....., le .....

**Signature**

Précédé de la mention «Lu et approuvé »

## VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT DU CONTRACTANT

(à joindre au dossier d'inscription si les frais de formation ne sont pas pris en charge par l'établissement)

Je soussigné(e) Mme, Mr ..... m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation du **Module 2** « Analyser les prescription ou les demandes de dispositifs médicaux », soit la somme de **795 euros** (tarif 2023)

Les frais de formation seront à régler en une seule fois en fin de formation. Toutefois si la formation se déroule sur plusieurs années civiles, elle est payable en deux fois.

A ....., le .....

**Signature**

**Emmanuelle Quemard**

Directrice

☎ 02.34.38.95.85

[e.quemard@chu-tours.fr](mailto:e.quemard@chu-tours.fr)

**Martine Le Verger**

Conseiller Scientifique

**Sylvie Delorme**

Secrétaire Pédagogique

☎ 02.47.47.80.18

☎ 02.47.47.85.02

[secretariat.cfpph@chu-tours.fr](mailto:secretariat.cfpph@chu-tours.fr)

**Tony Huet**

Cadre de Santé Formateur

☎ 02.47.47.91.53

[t.huet@chu-tours.fr](mailto:t.huet@chu-tours.fr)

**Florence Rodrigues**

Cadre de Santé Formateur

☎ 02.47.47.70.48

[f.rodrigues@chu-tours.fr](mailto:f.rodrigues@chu-tours.fr)

## VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

### MODULE 2

**Analyser les prescriptions ou les demandes de dispositifs médicaux**

## **OBJECTIFS DE FORMATION MODULE 2**

90 heures en CFPPH

105 heures en PUI

### **Analyser les prescriptions ou les demandes de dispositifs médicaux**

Les méthodes et contenus dispensés au cours de ce module visent à donner à l'apprenant, les «outils et codes » nécessaires à la compréhension de sa pratique professionnelle. A l'issue de ce module de formation théorique et pratique, il doit être en mesure :

- d'évaluer la conformité et la recevabilité de la demande selon la réglementation spécifique aux dispositifs médicaux
- d'identifier les demandes prioritaires
- de détecter des incompatibilités physico-chimiques
- d'évaluer le degré de gravité de la situation nécessitant l'intervention du pharmacien
- de rechercher selon les protocoles établis les informations sur les substitutions et produits disponibles
- de traduire de manière opérationnelle les décisions des comités institutionnels (COMEDIMS, CSIMR, CLIN ...)
- de formuler des recommandations d'utilisation
- d'évaluer les pratiques d'utilisation des dispositifs médicaux et d'assurer le suivi des essais
- d'établir un lien entre la prescription et la délivrance

# CALENDRIER DE L'ALTERNANCE

## MODULE 2

SESSION 2023-2024

**2<sup>ème</sup> semestre 2023**

### **90 heures en CFPPH : 3 semaines réparties sur :**

Semaine 38: Du lundi 18 au vendredi 22 septembre 2023

Semaine 41: Du lundi 09 au vendredi 13 octobre 2023

Semaine 42: Du lundi 16 au vendredi 20 octobre 2023

Semaine 46: Du lundi 13 au vendredi 17 novembre 2023

Semaine 49: Du lundi 04 au vendredi 08 décembre 2023

Semaine 50: Du lundi 11 au vendredi 15 décembre 2023

+ Évaluation des enseignements théoriques

### **105 heures en PUI : 3 semaines (au choix)**

Semaine 39 : Du lundi 25 au vendredi 29 septembre 2023

OU/ET

Semaine 40 : Du lundi 02 au vendredi 06 octobre 2023

OU/ET

Semaine 43 : Du lundi 23 au vendredi 27 octobre 2023

OU/ET

Semaine 44 : Du lundi 30 octobre au vendredi 03 novembre 2023

OU/ET

Semaine 47 : Du lundi 20 au vendredi 24 novembre 2023

OU/ET

Semaine 48 : Du lundi 27 novembre au vendredi 01 décembre 2023

OU/ET

Semaine 51 : Du lundi 18 au vendredi 22 décembre 2023

OU/ET

Semaine 01 : Du lundi 02 au vendredi 05 janvier 2024

**DATE LIMITE D'INSCRIPTION MODULE 2**

**A LA SESSION 2023-2024**

Au plus tard le **31 juillet 2023**

**Lieu de formation** : Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière  
Site de l'Institut de Formation des Professions de Santé du CHRU de Tours  
2 rue Mansart – 37170 Chambray lès Tours

**Nombre de participants** : 4 personnes

**Coût** : 795 euros (tarif 2023)

**Modalités d'inscription :**

Adresser le dossier complet pas courrier postal uniquement et accompagné de :

- 1 copie du diplôme du BP
- 1 copie de l'attestation CPAM
- 1 photo d'identité
- 1 copie de la carte d'identité en cours de validité (recto-verso)

au :

CFPPH – voie VAE – CHRU Tours  
Site IFPS - 37044 TOURS Cedex 9

☎ 02 47 47 80 18

📠 02 47 47 85 02

## AUTORISATION DE PARUTION SITE INTERNET

Je soussigné(e) Mme (1\*) – M. ....

(2\*) AUTORISE

(2\*) N’AUTORISE PAS

le CFPPH du CHRU de Tours et la DREETS de la Région Centre-Val de Loire à faire paraître mon nom sur la liste des étudiants admis au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière publiée sur leurs sites internet respectifs.

A....., le .....

**Signature** suivie de la mention « Lu et approuvé »

1\* Indiquez votre nom d’usage

2\* Cochez la case correspondante