

MAINTIEN A DOMICILE

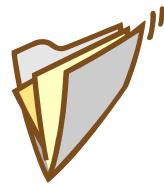
Des dispositifs médicaux aux conseils associés : tout pour un MAD réussi

Période :	28 octobre 2021 au 10 mars 2022
Durée et rythme :	105 heures - 15 jours - LE JEUDI de 9h à 17h
Lieu :	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
Public :	Préparateurs (trices) en Pharmacie et Pharmaciens Adjoints
Intervenants :	Patricia Willemin - Docteur en Pharmacie Véronique Sonnois - Docteur en Pharmacie
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none">✓ Approfondir vos connaissances théoriques dans les différentes composantes du MAD (pathologies relevant du MAD, tarification....)✓ Savoir dépister et repérer les besoins du patient✓ Connaitre les modalités de prise en charge✓ Manipuler les dispositifs médicaux pour mieux les maîtriser et les conseiller.
Programme :	<p>A l'issue de la formation vous serez capable de</p> <ul style="list-style-type: none">• Mettre en œuvre vos compétences pour réaliser une prise en charge optimale du patient (prévention, prise en charge et suivi)• Apporter les conseils et des informations nécessaires lors de la délivrance• Maîtriser la réglementation et la tarification• Participer activement à la chaîne de soins des professionnels en lien avec le patient <p>Connaissances théoriques des pathologies et des traitements, connaissances pratiques des dispositifs médicaux et mises en situation adaptées aux domaines :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ prévention de la chute : aménagement du domicile et aides techniques✓ aides à la marche, déambulateur, fauteuil roulant, fauteuil coquilles...✓ respiratoire : asthme, BPCO...✓ Allaitement✓ métabolique : diabète✓ incontinence et stomies✓ neurologique : Alzheimer, parkinson...✓ plaies chroniques : escarres, ulcères, plaies du pied du diabétique✓ perfusion : les différents abords vasculaires : voie veineuse, chambre implantable... et la nomenclature Perfadom✓ cancer de la prostate
Certificat :	Certificat de formation
Nombre de places :	18
Financement :	<p>Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements)</p> <p>Coût de la formation : 42 € TTC de l'heure soit 4410 €</p>
Formalités :	<p>Complétez la demande d'inscription de ce catalogue avec votre employeur et suivez scrupuleusement les démarches d'inscription.</p> <p>Le formulaire de demande de prise en charge d'OPCO EP Plan est téléchargeable sur www.cpp.org.</p> <p>Les dossiers complets seront traités par ordre d'arrivée. Le CFPP validera ou non votre inscription en fonction des places disponibles. Dans le cas d'une réponse positive, c'est le CFPP qui effectuera les démarches auprès d'OPCO EP pour la prise en charge financière de votre formation.</p>

Développez vos compétences et votre savoir-faire

DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET
au CFP Service formation Continue 59 rue Planchat 75020 PARIS

Complétez votre dossier d'inscription avec votre employeur.



Votre dossier d'inscription doit contenir :

Pour les CQP :

- Cette demande d'inscription complétée et signée.
En retour le CFP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'OPCO EP Actalians pour obtenir la prise en charge de votre CQP.

Pour toutes les autres formations :

- Cette demande d'inscription complétée et signée
 La demande de prise en charge OPCO EP (**l'original + 1 copie**) téléchargeable sur www.cfp.org
 1 copie de votre dernier bulletin de salaire, (si nouvelle embauche : 1 copie du contrat de travail)
 1 copie de votre diplôme de Préparateur en Pharmacie ou de Docteur en Pharmacie

PARTIE SALARIÉ	<p>Nom : _____</p> <p>Nom d'épouse : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Ville : _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>N° Dpt : _____ Pays : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Tél : _____ Portable : _____</p> <p>Email (obligatoire) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : Date d'embauche ____ / ____ / ____ précisez le nombre de mois _____ <input type="checkbox"/> Je suis à la recherche d'un emploi</p> <p>Êtes-vous un ancien élève du CFP ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____</p> <p>Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____</p>
PARTIE EMPLOYEUR	<p>Nom - Prénom du titulaire : _____</p> <p>Raison sociale : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>CP : _____ Ville : _____</p> <p>Tél : _____ Fax : _____</p> <p>Siret (obligatoire) : _____</p> <p>Email (obligatoire) : _____</p> <p>J'autorise Mme/Mlle/M. _____</p> <p>A suivre la formation suivante : cochez la formation choisie</p> <p><input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique <input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Maintien à domicile <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Le Préparatoire</p> <p><input type="checkbox"/> L'Homéopathie <input type="checkbox"/> La Gemmothérapie <input type="checkbox"/> Contraception et infertilité <input type="checkbox"/> Plaies chroniques <input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants</p> <p>Fait à _____ le : ____ / ____ / ____</p> <p>SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR</p> <p>CACHET DE L'ENTREPRISE</p>

Nom et adresse de l'organisme de formation
CFPP IDF

59 RUE PLANCHAT

75020 PARIS

Demande simplifiée de prise en charge pour les entreprises **de 1 à 49 salariés - PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES**

A compléter et retourner, **avant le début de la formation**, à l'organisme de formation

Libellé de la formation : **Cycle long : MAD**

Dates : du 28/10/2021 au 10/03/2022 Lieu de la formation : **75020 PARIS**

L'ENTREPRISE / L'ÉTABLISSEMENT

Nom / Raison sociale :

Nom de l'interlocuteur chargé du dossier :

Adresse :

Ville :

CP :

Tél. :

Fax :

Mail :

Profession :

Effectif (au jour de la demande) :

Siret :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), _____
agissant en qualité de représentant(e) de l'entreprise ou de l'établissement,

demande la prise en charge des **frais pédagogiques** de l'action de formation selon les barèmes en vigueur d'OPCO EP.

demande la **participation aux frais de salaire**.

demande la prise en charge des **frais de transport et d'hébergement** liés à la réalisation de cette action de formation, selon les plafonds autorisés par OPCO EP et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

DES QUESTIONS ?

Contactez notre centre d'appels
au **09 70 83 88 37**

N° DE DOSSIER (zone réservée OPCO EP)

A

OPCO des Entreprises de Proximité

4 rue du Colonel Driant • 75046 PARIS CEDEX 01 • Tél.: 09 70 838 837 • opcoep.fr

Siège social : 53, rue Ampère 75017 Paris • siret n°879 036 895 000 16 • code APE 9499 Z

OPÉRATEUR DE COMPÉTENCES AGRÉÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 29.03.2019

SALARIÉS

Salarié n° 1

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Salarié n°2

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Je certifie que les bénéficiaires de l'action de formation, mentionnés dans la présente demande de prise en charge, sont bien salariés de l'entreprise ou de l'établissement pendant toute la durée de l'action et qu'ils ont bien été informés de leurs droits et obligations avant leur départ en formation.

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

Signature :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises ou les établissements. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès d'OPCO EP.

Important !

Les formations à destination des apprentis, des stagiaires et des intérimaires ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge d'OPCO EP.



Qualiopi ➤
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ACPPP / CFPP Centre Henri Delorme
59 rue Planchat 75020 PARIS
☎ 01 43 56 30 30 - ☎ 01 43 56 20 15
Métro ligne 2 - Alexandre Dumas Bus 76 - Charonne Bagnolet
Référent Handicap : Catherine Sanchez 01 43 56 33 61 catherine.sanchez@cfpp.org

Tous nos dossiers de formations sont téléchargeables sur www.cfpp.org

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON ☎ : 01 43 56 32 14 ☎ sandrine.guyon@cfpp.org
Florence FLORENTIN ☎ : 01 43 56 95 18 ☎ florence.florentin@cfpp.org

Retrouvez nous sur

