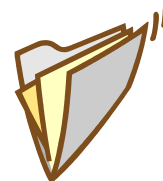


## MAINTIEN A DOMICILE

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

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

**DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET**  
**au CFPP 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 CFPP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'OPCO EP Actaliens 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.cfpp.org](http://www.cfpp.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

<b>PARTIE SALARIÉ</b>	Nom : _____												
	Nom d'épouse : _____												
	Prénom : _____												
	Date de Naissance : ____/____/____ Ville : _____												
	Nationalité : _____												
	N° Dpt : _____ Pays : _____												
	Adresse : _____												
	CP : _____ Ville : _____												
	Tél : _____ Portable : _____												
	<b>Email (obligatoire) :</b> _____												
<b>PARTIE EMPLOYEUR</b>	<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												
	Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Année Scolaire : _____												
	Êtes vous diplômé(e) : <input type="checkbox"/> Préparateur en Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____												
	Nom - Prénom du titulaire : _____												
	Raison sociale : _____												
	Adresse : _____												
	CP : _____ Ville : _____												
	Tél : _____ Fax : _____												
	<b>Siret (obligatoire) :</b> _____												
	<b>Email (obligatoire) :</b> _____												
J'autorise Mme/Mlle/M. _____													
A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i>													
<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique</td><td><input type="checkbox"/> L'Homéopathie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie</td><td><input type="checkbox"/> La Gemmothérapie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Nutrition</td><td><input type="checkbox"/> Contraception et infertilité</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maintien à domicile</td><td><input type="checkbox"/> Plaies chroniques</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Orthopédie</td><td><input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Le Préparatoire</td><td></td></tr></table>		<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique	<input type="checkbox"/> L'Homéopathie	<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> La Gemmothérapie	<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Contraception et infertilité	<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Plaies chroniques	<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants	<input type="checkbox"/> Le Préparatoire	
<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique	<input type="checkbox"/> L'Homéopathie												
<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> La Gemmothérapie												
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Contraception et infertilité												
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Plaies chroniques												
<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Cancer Hormonodépendants												
<input type="checkbox"/> Le Préparatoire													
Fait à _____ le : __ / __ / 20__													
SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR													
CACHET DE L'ENTREPRISE													

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](http://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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

**Important !**

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

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.



### **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](mailto:catherine.sanchez@cfpp.org)

Tous nos dossiers de formations sont téléchargeables sur [www.cfpp.org](http://www.cfpp.org)

Pour tous renseignements :

Sandrine GUYON ☎ : 01 43 56 32 14



[sandrine.guyon@cfpp.org](mailto:sandrine.guyon@cfpp.org)

Florence FLORENTIN ☎ : 01 43 56 95 18



[florence.florentin@cfpp.org](mailto:florence.florentin@cfpp.org)

Retrouvez nous sur



Instagram