

BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à formation@phosphoria-formation.fr
Nous vous remercions de remplir ce document en MAJUSCULES.



L'ENTREPRISE MÉDICALE

1, rue Augustine Variot - 92240 Malakoff
mail : formation@phosphoria-formation.fr - tél : 01 47 24 07 99

Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État)
ODPC n°1502

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET VACCINATIONS EN MILIEU DE SOINS

Référence module : MOD_00217

Tarif individuel : 1065 €

Durée (horaires) : 2 jours (14h) (de 9h00 à 17h00)

▼ Choisir votre session (date et lieu) :

02-03/04/2024 - Paris 2^{ème}

10-11/12/2024 - Paris 2^{ème}

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

| | | | |
|--|--|---|---|
| ▼ Civilité | ▼ Prénom : | ▼ Nom : | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap : |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ▼ Fonction (Métier) : | ▼ Niveau hiérarchique (Rôle dans l'entreprise) : | ▼ Service ou Pôle d'appartenance : | |
| <input type="checkbox"/> Assistant médico-administratif <input type="checkbox"/> Assistant social <input type="checkbox"/> Cadre de santé/CSS <input type="checkbox"/> Infirmier (IDE) <input type="checkbox"/> Médecin (Préciser) : <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Cadre de santé <input type="checkbox"/> Chef de pôle <input type="checkbox"/> Chef de service <input type="checkbox"/> Directeur administratif <input type="checkbox"/> Directeur des soins | <input type="checkbox"/> Encadrant <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> PH ou PUPH <input type="checkbox"/> Autre : | |
| ▼ <input type="checkbox"/> N°ADELI ou <input type="checkbox"/> N°RPPS | ▼ Courriel (Obligatoire) | ▼ Téléphone (Obligatoire) | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

| | | | |
|---|--|------------|---------|
| ▼ Civilité : | <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr | ▼ Prénom : | ▼ Nom : |
| | | | |
| ▼ Fonction (Métier)* : | ▼ Service ou Pôle d'appartenance : | | |
| <input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales <input type="checkbox"/> Directeurs des soins <input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue <input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines <input type="checkbox"/> Responsable administratif <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Direction des Affaires Médicales <input type="checkbox"/> Direction Générale <input type="checkbox"/> Direction des Ressources Humaines <input type="checkbox"/> Direction des Soins <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| ▼ Courriel (Obligatoire) | ▼ Téléphone (Obligatoire) | | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

Établissement Personne Physique

| | | | |
|---|--|---|--|
| ▼ Raison Sociale : | ▼ Numéro de FINESS (si applicable) : | ▼ Numéro de SIRET : | ▼ Code Service (Si Applicable) : |
| | | | |
| ▼ Type d'Établissement (cocher la case) | | | |
| <input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> CHU - CHRU | <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CLCC | <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> EPSM - CHS | <input type="checkbox"/> ESSMS (hors EHPAD) <input type="checkbox"/> Privé lucratif |
| <input type="checkbox"/> Privé non lucratif (hors CLCC) <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| ▼ Nbre de salariés rattachés au SIRET : | <input type="checkbox"/> 0 à 9 | <input type="checkbox"/> 10 à 49 | <input type="checkbox"/> 50 à 99 |
| | <input type="checkbox"/> 100 à 249 | <input type="checkbox"/> 250 à 499 | <input type="checkbox"/> 500 à 999 |
| | <input type="checkbox"/> 1000 à 4999 | <input type="checkbox"/> > 5000 | |
| ▼ Adresse (numéro, voie et complément) : | | | |
| | | | |
| ▼ Code Postal : | ▼ Ville : | ▼ Courriel : | |
| | | | |

SERVICE FACTURATION

Cocher si identique à l'adresse du service formation

| | | | |
|--|--|---|---|
| ▼ Frais d'inscription pris en charge par : | | | |
| <input type="checkbox"/> Budget Formation de l'Établissement <input type="checkbox"/> Participant | <input type="checkbox"/> ANFH <input type="checkbox"/> Autre OPCO | <input type="checkbox"/> ANDPC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | |
| ▼ Raison Sociale : | ▼ Facturation sur Chorus Pro : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ▼ Organisme Financier Tiers : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | | |
| ▼ Adresse (numéro, voie et complément) : | | | |
| | | | |
| ▼ Code Postal : | ▼ Ville : | ▼ Courriel : | |
| | | | |

RÈGLEMENT (AU CHOIX)

- Ci-joint un chèque de€ à l'ordre de l'Entreprise Médicale
 Virement bancaire (Préciser le numéro de la facture)
 Règlement déjà pris en charge (Cf. plus haut dans « Adresse de Facturation »).
 Je déclare avoir lu les objectifs pédagogiques présents dans le programme ci-joint

Je déclare avoir lu et accepte sans réserve les conditions générales de vente imprimées au verso du présent bulletin d'inscription valant convention. Conformément à l'article L.6353-2 du code du travail, ce bulletin d'inscription, accompagné des conditions générales de vente, paraphés par vos soins, se substitue à la convention de formation.

SIGNATURES ET CACHETS

Fait à.....le

Fait à.....le

Le client

L'Entreprise Médicale

➤ OBJECTIFS DE LA FORMATION

- Clarifier le contexte réglementaire encadrant les vaccinations (obligatoires et recommandées) des personnels exerçant en milieu de soins
- Effectuer une mise au point sur l'état actuel des connaissances scientifiques en matière de pratique vaccinale
- Analyser les principales difficultés pratiques rencontrées par les Services de Santé au Travail en matière de vaccinations des personnels exerçant en milieu de soins et leur proposer certaines recommandations utiles et conduites à tenir
- de prendre la mesure des risques juridiques encourus par le Service de Santé au Travail, notamment en cas de contamination d'un agent non-immunisé ou d'accident post-vaccinal
- Proposer des axes d'amélioration des pratiques professionnelles en pratique vaccinale en milieu de soins

➤ PROGRAMME DE LA FORMATION

I. CADRE JURIDIQUE ENCADRANT LES VACCINATIONS DES PERSONNELS EXERCANT EN MILIEU DE SOINS

- Politique vaccinale et calendrier vaccinal
- Vaccinations obligatoires
- Vaccinations recommandées
- Règles de compétences en matière vaccinale
- Conditions et preuve de l'immunisation
- Modalités de prise en charge des dépenses consécutives aux vaccinations

II. MISE AU POINT SUR L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES EN MATIÈRE DE PRATIQUE VACCINALE EN MILIEU DE SOINS

- Hépatite B
- BCG
- Varicelle et Rougeole
- Coqueluche
- Grippe

III. DIFFICULTÉS PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS UTILES À L'ATTENTION DU SERVICE DE SANTÉ DU TRAVAIL

- Évaluation des risques professionnels et notion d'exposition
- Refus de vaccination
- Absence de réponse aux convocations
- Vaccinations et contre-indications médicales
- Vaccinations et personnels non-répondeurs
- Vaccinations et effets secondaires
- Vaccinations et évaluation de l'aptitude
- Autres difficultés

IV. VACCINATIONS ET RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL

- Connaître les responsabilités du Médecin du travail et des autres Professionnels de Santé au Travail
- Identifier les principales situations à risque en matière de pratique vaccinale en milieu de soins

V. ÉVALUATION DE LA SESSION

➤ MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

Méthodes mobilisées

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses

Évaluation et suivi

- Test d'auto-positionnement en amont de la formation et recueil des attentes des participants
- Test d'évaluation et questionnaire de satisfaction de la formation à chaud

Conditions Générales de Vente

LIEU ET HORAIRES DE LA FORMATION

 Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

- par téléphone : 01 47 24 07 99
- par mail : formation@phosphoria-formation.fr

Accueil : 8 h 30

Stage : 9 h 00 à 17 h 00 (2 jours - 14h00)

Renseignements : Phosphoria formation

Tél. : 01 47 24 07 99

E-mail : formation@phosphoria-formation.fr

PARTICIPATION

Pour une personne : 1065€

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation pendant 2 journées (en présentiel ou à distance), rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel), les déjeuners sont à la charge des stagiaires, les documents remis aux apprenants, les frais techniques liés aux autorisations d'accès en distanciel

INSCRIPTION (un bulletin par participant)

Dès réception de votre bulletin d'inscription valant convention simplifiée de la formation continue (accompagné de votre règlement par chèque sauf si le paiement se fait par mandat administratif), une convocation et un plan d'accès vous seront adressées.

À titre exceptionnel et sous réserve des disponibilités d'accueil, les inscriptions tardives pourront être acceptées jusqu'à la veille de la formation.

PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation se fait à la commande ou au plus tard à réception de la facture. Le règlement doit stipuler le numéro de facture, le nom de l'entreprise ou le cas échéant le nom du participant. Le règlement comptant et sans escompte, est effectué soit :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale ou
- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

Toute formation commencée est due.

Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.

CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

Pour toute annulation intervenant entre 4 et 3 semaines avant le premier jour de formation : 25% du coût total de la formation

Pour toute annulation intervenant entre 3 et 2 semaines avant le premier jour de formation : 50% du coût total de la formation

Pour toute annulation intervenant entre 2 et 1 semaine avant le premier jour de formation : 75% du coût total de la formation

Pour toute annulation intervenant 1 semaine avant le premier jour de formation : 100% du coût total de la formation

Report des formations : Toute demande de report doit être formulée par écrit et reçue 4 semaines avant le 1^{er} jour de la formation.

Les reports d'inscription sur une autre session du même programme de formation jusqu' à la fin de l'année calendaire sont admis moyennant des frais supplémentaires forfaitaires de 95 €, sous réserve du règlement de la facture concernée.

Annulation des organisateurs : les organisateurs se réservent la possibilité d'annuler cette formation à tout moment et pour quelque raison que ce soit, notamment lorsqu'il s'avère impossible de remplacer un intervenant dans l'incapacité d'assurer sa prestation. Dans la mesure du possible, les stagiaires inscrits sont avertis par écrit. Seuls les frais d'inscription sont remboursés conformément à l'article L 6354-1 du Code du travail, y compris dans l'hypothèse d'une annulation due à un cas de force majeure survenu notamment le jour-même de la formation. (inchangé).

QUESTIONS ÉCRITES PRÉALABLES

Si vous souhaitez poser certaines questions aux experts intervenants préalablement à la formation présentielle, merci de les adresser à : formation@phosphoria-formation.fr en précisant le titre et la date de la formation présentielle. Les réponses aux questions, transmises sous anonymat aux experts intervenants, seront apportées par ces derniers lors de la formation présentielle.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.