

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

PRÉPARER ET ORGANISER LA SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Référence module : MOD_00139 Tarif individuel : 1065 € Durée (horaires) : 2 jours (14h) (de 9h00 à 17h00)

▼ Choisir votre session (date et lieu) : 06-07/05/2024 - Paris 2^{ème} 28-29/11/2024 - Paris 2^{ème}

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

▼ Civilité : Mme Mr ▼ Prénom : ▼ Nom : ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap : Oui Non

▼ Fonction (Métier) : Assistant médico-administratif Assistant social Cadre de santé/CSS Infirmier (IDE) Médecin (Préciser) : Autre :
▼ Niveau hiérarchique (Rôle dans l'entreprise) : Cadre de santé Chef de pôle Chef de service Directeur administratif Directeur des soins Encadrant Personnel PH ou PUPH Autre :
▼ Service ou Pôle d'appartenance : Chirurgie Gériatrie Oncologie Psychiatrie SMR Autre :

▼ N°ADELI ou 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 : Mme Mr ▼ Prénom : ▼ Nom :

▼ Fonction (Métier)* : Directeur des affaires médicales Dir/Resp des ressources humaines Dir/Resp de la formation continue Directeurs des soins Responsable administratif Autre :
▼ Service ou Pôle d'appartenance : Direction des Affaires Médicales Direction des Ressources Humaines Direction des Soins Direction Générale 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)

ARS CH EHPAD ESSMS (hors EHPAD) Privé non lucratif (hors CLCC)
 CHU - CHRU CLCC EPSM - CHS Privé lucratif Autre :

▼ Nbre de salariés rattachés au SIRET : 0 à 9 10 à 49 50 à 99 100 à 249 250 à 499 500 à 999 1000 à 4999 > 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 :

Budget Formation de l'Établissement ANFH ANDPC
 Participant Autre OPCO Autre (préciser) :

▼ Raison Sociale : ▼ Facturation sur Chorus Pro : Oui Non ▼ Organisme Financier Tiers : Oui 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, paraphées 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

- Comprendre les enjeux et le cadre juridique entourant la sortie des patients hospitalisés
- Optimiser et évaluer le processus de sortie des patients hospitalisés tout en sécurisant la continuité des prises en charge

➤ PROGRAMME DE LA FORMATION

I. COMPRENDRE LES ENJEUX LIÉS À LA SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISÉS

- Mesurer les impacts de la qualité du processus de sortie des patients hospitalisés
- Maîtriser le cadre juridique et les référentiels entourant la sortie des patients hospitalisés
- Clarifier le rôle des différents acteurs impliqués dans l'organisation de la sortie des patients

II. OPTIMISER LE PROCESSUS DE SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISÉS ET SÉCURISER LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE

- Anticiper la sortie du patient dès son admission
- Organiser le jour de la sortie
- S'appuyer sur des outils adaptés
 - Atelier pratique : Analyse commentée de procédures et de protocoles de sortie
 - Atelier pratique : Points clés pour construire un chemin clinique
 - Atelier pratique : Pistes de réflexion pour identifier les spécificités de votre check-list à partir de la check-list sortie d'hospitalisation supérieure à 24h (HAS)

III. ÉVALUER LA QUALITÉ DU PROCESSUS DE SORTIE DES PATIENTS HOSPITALISÉS ET IDENTIFIER LES AXES D'AMÉLIORATION

- Critères d'évaluation et indicateurs de référence
- Retour d'expérience : audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie des patients hospitalisés
- Atelier pratique : Conditions de réussite pour réaliser un autodiagnostic de votre processus de sortie

IV. 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.