

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

#### DOMAINE 1

**Délivrer des produits de santé après analyse des ordonnances ou des demandes en lien avec les activités de la pharmacie à usage intérieur en transmettant des informations et des conseils nécessaires à leur bon usage et en coopérant avec les autres professionnels de santé**

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.
- Je mobilise mon Compte Personnel de Formation (CPF)
- Je m'auto-finance

#### 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 **Domaine 1** « Délivrer des produits de santé après analyse des ordonnances ou des demandes en lien avec les activités de la pharmacie à usage intérieur en transmettant des informations et des conseils nécessaires à leur bon usage et en coopérant avec les autres professionnels de santé », soit la somme de :

- UE 1** - Préparation et délivrance des produits de santé : **960 €**
- UE 2** - Bilans médicamenteux, conciliation des traitements médicamenteux et actions de pharmacie clinique : **275 €**
- UE 3** - Prévention, information et éducation thérapeutique du patient : **715 €**
  
- Domaine 1 en totalité : 1950 euros (tarif 2025).**

Les frais de formation seront à régler en une seule fois en fin de formation.

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)

**Virginie Bigot**

*Cadre de Santé Formateur*

☎ 02.47.47.70.48

[v.bigot@chu-tours.fr](mailto:v.bigot@chu-tours.fr)

## VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

### DOMAINE 1

**Délivrer des produits de santé après analyse des ordonnances ou des demandes en lien avec les activités de la pharmacie à usage intérieur en transmettant des informations et des conseils nécessaires à leur bon usage et en coopérant avec les autres professionnels de santé**

| Domaine de compétences   | Compétences  | Unités d'enseignement (UE)  | Objectifs pédagogiques   | Je m'inscris pour valider UE |
|--|--|---|--|------------------------------|
| <b>Domaine 1</b><br><br><b>Délivrer des produits de santé après analyse des ordonnances ou des demandes en lien avec les activités de la pharmacie à usage intérieur en transmettant des informations et des conseils nécessaires à leur bon usage et en coopérant avec les autres professionnels de santé</b> | <b>C1</b> - Délivrer des produits de santé après analyse des ordonnances ou des demandes, en utilisant les outils de sécurisation adaptés, dans le respect des exigences techniques et réglementaires, afin d'assurer l'efficacité de la prise en charge de la personne  | <b>UE Préparation et délivrance des produits de santé</b>   | S'approprier la réglementation liée à la délivrance des produits de santé<br><br>Analyser les ordonnances et les demandes au regard des exigences techniques et réglementaires<br><br>Délivrer les produits de santé en formulant des recommandations sur leur bon usage   | <input type="checkbox"/>     |
|  | <b>C2</b> - Réaliser des bilans médicamenteux dans le cadre de la conciliation médicamenteuse aux points de transition (ville-hôpital-ville) en coopérant avec le pharmacien dans les actions de pharmacie clinique après avoir repéré les personnes éligibles et recueilli les informations dans le respect de la réglementation et à l'aide d'outils adaptés | <b>UE Bilans médicamenteux, conciliation des traitements médicamenteux et actions de pharmacie clinique</b> | S'approprier les concepts de bilans médicamenteux, de conciliation médicamenteuse et de plans médicamenteux et pharmaceutiques et la réglementation associée<br><br>Mettre en œuvre des bilans médicamenteux dans le respect de la réglementation<br>Sécuriser la prise en charge médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins | <input type="checkbox"/>     |
|  | <b>C3</b> - Conduire des entretiens ciblés de prévention, d'information et d'actions d'éducation thérapeutique de la personne dans un cadre pluri professionnel afin d'assurer un bon usage des produits de santé et une bonne observance du traitement  | <b>UE Prévention, information et éducation thérapeutique du patient</b>                                     | Caractériser les concepts (prévention, éducation en santé, éducation thérapeutique...)<br><br>Analyser et élaborer une démarche d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité<br>Réaliser des entretiens de prévention, d'information et d'actions d'éducation thérapeutique  | <input type="checkbox"/>     |

# CALENDRIER DE L'ALTERNANCE

## DOMAINE 1

**157 heures en CFPPH** (sous réserve de modifications) :

Enseignement théoriques/pratiques- temps personnel de travail guidé et accompagnement/suivi – **9 ECTS**

SESSION 2025-2026

**2nd semestre 2025**

**UE 1** - Préparation et délivrance des produits de santé : **3 ECTS**

**UE 2** - Bilans médicamenteux, conciliation des traitements médicamenteux et actions de pharmacie clinique : **2 ECTS**

**UE 3** - Prévention, information et éducation thérapeutique du patient : **4 ECTS**

+ Évaluation des enseignements théoriques

**STAGE 1 PUI / Services de soins** (Logistique, essais cliniques, médicaments, services de soins ...)

Maximum 7 semaines de stages en fonction des compétences restantes à acquérir au candidat VAE.

## DATE LIMITE D'INSCRIPTION DOMAINE 1

A LA SESSION 2025-2026

Au plus tard le **31 juillet 2025**

**Lieu de formation :** Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Site Ecoles du CHRU Tours - 2 rue Mansart - 37170 Chambray les Tours

**Nombre de participants :** selon la capacité d'accueil du CFPPH de Tours

### Coût

- UE 1** - Préparation et délivrance des produits de santé : **960 €**
- UE 2** - Bilans médicamenteux, conciliation des traitements médicamenteux et actions de pharmacie clinique : **275 €**
- UE 3** - Prévention, information et éducation thérapeutique du patient : **715 €**
  
- Domaine 1 en totalité : 1950 euros** (tarif 2025).

### **Modalités d'inscription :**

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

- copie de la Notification Jury DREETS
- copie du diplôme du BP ou DEUST
- copie de l'attestation AFGSU Niveau II valide
- copie de l'attestation CPAM
- 1 photo d'identité
- copie de la carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- copie de l'attestation de suivi de la formation ETP (42h) **si obtenue**
- copie autres attestations en lien avec les EU

au : CFPPH – voie VAE - Site Ecoles du CHRU de Tours - 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 d'Etat 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