

## Inscription aux formations inter-établissements

Veillez cocher la ou les formations auxquelles vous souhaitez participer :

Thématique	Durée	Date(s)
<b>Droits des patients</b>		
<input type="checkbox"/> La bientraitance	2 jours	Jeudi 3 mai Vendredi 4 mai
<b>Organisation de l'activité et des soins</b>		
<input type="checkbox"/> La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)	1 jour	Mai-Juin
<input type="checkbox"/> S'approprier un référentiel de pratiques cliniques pour rédiger les documents qualité utilisables	1 jour	Jeudi 4 octobre
<input type="checkbox"/> Maîtriser la trajectoire de soins - Optimiser la sortie du patient	1 jour	Jeudi 15 novembre
<b>Gestion des risques</b>		
<input type="checkbox"/> Identifier les événements indésirables liés aux soins - Analyser leurs causes	2 jours	Jeudi 14 juin Jeudi 28 juin
<input type="checkbox"/> Appropriation de la démarche de management de la qualité et de la sécurité de l'opéré	1 jour	Mardi 12 juin
<input type="checkbox"/> Annoncer un dommage associé aux soins	1 jour	Mardi 27 mars
<input type="checkbox"/> Améliorer la sécurité du circuit du médicament dans un établissement de santé	2 jours	Mardi 18 sept. Mardi 25 sept.
<b>EPP et certification</b>		
<input type="checkbox"/> La certification V2010	1 jour	Mardi 3 avril
<input type="checkbox"/> Les indicateurs de soins et de performance hospitalière - Mesurer la qualité grâce au P.M.S.I	2 jours	Jeudi 15 mars Jeudi 29 mars

## Lieu de formation

Les formations inter-établissements se déroulent à :

**URPS**  
**20, rue Barrier - 69006 LYON**

Le plan d'accès sera transmis par courrier avec la convocation à la formation.

## Identification

Mr/ Mme/ Mlle (Nom, Prénom) : .....

Qualité :  Directeur  Médecin  Responsable qualité

Pharmacien  Cadre  Autre : .....

Tél : ..... Courriel (obligatoire): .....

Adresse / Lieu d'exercice (*Tampon de l'établissement*) :

## Modalités et montant de l'inscription

### • Pour les établissements **adhérents** au CEPPRAL :

→ Nombre de module **d'une journée** choisis : \_\_\_ x 265 € = \_\_\_ euros

→ Nombre de module de **deux jours** choisis : \_\_\_ x 525 € = \_\_\_ euros

### • Pour les établissements **non adhérents** au CEPPRAL :

→ Nombre de module **d'une journée** choisis : \_\_\_ x 315 € = \_\_\_ euros

→ Nombre de module de **deux jours** choisis : \_\_\_ x 625 € = \_\_\_ euros

Vous souhaitez effectuer votre règlement par :

**Chèque**, à l'ordre de l'Association CEPPRAL

**Virement** (30004|00623|00010038895|90|BNP PARIBAS LYON BELLECOUR)

**Mandat** (une facture vous sera envoyée pour le règlement)

✉ Nous vous remercions de nous faire parvenir ce bulletin et le règlement par courrier à l'adresse suivante :

Cellule de coordination du CEPPRAL - Formations  
162, avenue Lacassagne - Bât. A - 69424 Lyon cedex 03

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter notre secrétariat par téléphone au 04 72 11 57 32 ou par courriel : [contact@ceppral-sante.fr](mailto:contact@ceppral-sante.fr)

Fait le :

Signature du demandeur :