



# AMUF

ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE

## FORMATION A L'ACTE TRANSFUSIONNEL

**Paris – Le Lundi 10 mai 2010**

Lieu : Siège social de l'AMUF (14 rue Vésale – Rdc du bât HAD - 75005 PARIS)

Métro : Les Gobelins (ligne 7) – Bus : 91

### PROGRAMME

**9h00 à 12h30 :**

- Problématique, les connaissances pour réaliser un acte transfusionnel avec cas cliniques
- organisation de la transfusion en France.  
Organisation, sécurité, l'hémovigilance et les textes

**12h30 : déjeuner « Au bon coin »**

*Compris dans les frais d'inscription*

**13h30 à 17h00 :**

- les groupes sanguins et notion d'immuno-hématologie, PSL et stratégie transfusionnelle
- cas clinique, la transfusion en urgence aux Urgences, conclusion

**Intervenant : Dr Jean-Luc DESMARETZ –Anesthésiste Réanimateur au Centre Hospitalier d'**

**Public concerné : Médecins urgentistes, Internes, Etudiants en médecine**

### BULLETIN D'INSCRIPTION

Après enregistrement de votre inscription, vous recevrez une confirmation de participation par e-mail

Merci de retourner ce bulletin d'inscription complété, signé et tamponné par votre administration, au plus tard le 16 avril 2010 :

Par courrier : AMUF – 14 rue vésale – 75005 PARIS

Par mail : [secretariat@amuf.fr](mailto:secretariat@amuf.fr)

Par fax : 01.45.87.94.86

**FORMATION VALIDANTE ACCORDANT AU TOTAL : 8 POINTS  
DE CREDIT FMC POUR LA JOURNEE DE FORMATION**



## FICHE D'INSCRIPTION

### COORDONNEES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
BP : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
E-mail (impératif) : \_\_\_\_\_

### CONDITIONS TARIFAIRES (Formation non soumise à la TVA)

**Tarif de la formation : 300 € TTC** (déjeuner compris)

**Tarif adhérents AMUF + Internes : 200 € TTC** (déjeuner compris)

**Modalités de règlement – N° d'agrément FMC : 11910573591**

paiement joint                       à facturer à l'établissement

#### Adresse de facturation si différente de celle indiquée ci-dessus :

Etablissement : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
BP : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### CONTACT :

AMUF :            *Tel : 01.43.36.22.14*    –            *Mail : secretariat@amuf.fr*

**Bon pour accord du Chef d'établissement**

**Date et signature du participant**