

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

Transmettre votre dossier complet accompagné d'un projet pédagogique par mail à...

ÉTABLISSEMENT

Dénomination officielle :

Adresse :

Code postal : Ville :

Type d'établissement :

PÔLE (si existant)

Nom du Pôle : Chef de Pôle :

RESPONSABLE DU SERVICE en charge de l'interne / PERSONNE À AGRÉER

Nom du Service :

Chef de Service :

Qualification :

Tél. : Email :

DEMANDE D'AGRÉMENT

	Nouvelle Demande	Renouvellement à échéance	Changement de responsable de service ⁽¹⁾
DES Pharmacie Hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phase socle.....

	Phase d'approfondissement (à partir de novembre 2021)	Phase de consolidation (à partir de novembre 2022)
PHG (Pharmacie Hospitalière Générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DSPS (Développement et sécurisation des produits de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RPH (Radiopharmacie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Nouveau responsable de service :

Ancien responsable de service :

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

ORGANISATION DU SERVICE / DÉPARTEMENT

Pharmaciens titulaires (pharmaciens seniors de la discipline) participant à l'encadrement :

Nombre de PU-PH : _____ Nombre de MCU-PH : _____

Nombre de PH temps plein : _____ Nombre de PH temps partiel : _____

Nombre de PHU : _____ Nombre d'assistants / AHU : _____

Autres praticiens participant à l'encadrement (préciser) :

Nombre de postes d'internes par semestre :

DES de la
spécialité
demandée

- Offerts au choix habituellement :

- Pourvus au semestre actuel :

- Pourvus au semestre d'hiver précédent :

- Pourvus au semestre d'été précédent :

D'autres internes sont-ils présents de façon irrégulière (inter-CHU, militaire, etc...) ? : Oui Non

Si oui, ont-ils les mêmes rôles que les autres internes ? Oui Non

Le Service/Département est-il constitué de plusieurs unités fonctionnelles de spécialités différentes de la discipline ? :

Oui Non

Si oui, indiquer lesquelles :

Le cas échéant, quelles sont les modalités de répartition et de changement d'unités pendant le semestre :

Pharmacie clinique

Nombre de lits bénéficiant d'une expertise pharmaceutique clinique des prescriptions :

Nombre de conciliations médicamenteuses réalisées :

Nombre d'entretiens pharmaceutiques réalisés annuellement :

Nombre de patients bénéficiant annuellement d'une révision médicamenteuse et/ou d'un plan pharmaceutique personnalisé :

Nombre d'interventions pharmaceutiques réalisées annuellement dont celles faisant l'objet d'une cotation ActiP :

Nombre de revues de pratique en pharmacie clinique (revue des interventions pharmaceutiques, cas de conciliation et revue des erreurs médicamenteuses) :

Nombre d'internes présents dans les services cliniques (et quotité de temps) :

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

Technologies pharmaceutiques hospitalières et contrôles

Autorisation préparations hospitalières : Oui Non

Nombre de préparations réalisées par an pour :

- Chimiothérapie :
- Nut Par :
- MTI :
- Injectables :
- Voie orale :
- Autres :

Autorisation préparation pour essais cliniques (>50/an) : Oui Non

Autorisation radiopharmacie : Oui Non

Nombre d'isolateurs ou PSC :

Equipements d'analyse pour contrôle des préparations : Oui Non

dont méthodes analytiques séparatives :

dont méthodes analytiques non séparatives :

Dispositifs médicaux-stérilisation-hygiène

PUI responsable de la matériovigilance :

Analyse des incidents liés aux DM (matériovigilance ou autre) :

Nombre d'incidents de matériovigilance analysés annuellement :

Réalisation d'EPP liées aux DM :

Nombre de lits bénéficiant d'une expertise pharmaceutique clinique des prescriptions des DM :

La traçabilité des DM est-elle intégrée dans le système d'information de l'établissement : Oui Non

Nombre de DM tracés annuellement :

Autorisation stérilisation :

Sous-traitance en stérilisation :

Principales techniques mises en œuvre sur le site :

Stérilisation par la vapeur d'eau sous pression

Plasma

Autre

Nombre de laveurs désinfecteurs :

Nombre de cycles réalisés par an :

Nombre d'autoclaves :

Nombre de cycles réalisés par an :

La recomposition des boîtes opératoires est assurée par le service de stérilisation : Oui Non

Autres

Nombre de gardes faites par les internes par an :

Nombre de staff avec les services cliniques par an :

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL DES INTERNES

Existe – t-il un bureau réservé aux internes pour effectuer leur travail ?

Oui Non

Les moyens suivants sont-ils disponibles pour les internes ?

Téléphone : Oui Non

Ordinateur : Oui Non

Quels sont les moyens d'information accessibles aux internes ?

- Bibliothèque de Service : Oui Non

- Bibliothèque d'Etablissement : Oui Non

- Internet : Oui Non

- Autres (référentiels internes, CD-ROM) Oui Non

PROJET DE FORMATION

Joindre un contrat pédagogique détaillé d'accueil des internes (incluant chaque phase)

Indiquer succinctement les principaux objectifs de formation des internes :

-
-
-
-
-
-

ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

COURS ET REUNIONS :

Il y a-t-il des cours dispensés aux internes ?

- Cours dédiés : Oui Non Si oui, combien /mois ?

- Cours généraux du Service/Département : Oui Non Si oui, combien /mois ?

Il y a-t-il des réunions de présentation de dossiers ?

- Dans le Service : Oui Non Si oui, combien /mois ?

- Inter-services (multidisciplinaires) : Oui Non Si oui, combien /mois ?

Préciser lesquelles :

- L'interne présente-t-il lui-même des dossiers ? Oui Non Si oui, combien /mois ?

Il y a-t-il des réunions de bibliographie ?

- Dans le Service : Oui Non Si oui, combien /mois ?

- Inter-services : Oui Non Si oui, combien /mois ?

- L'interne présente-t-il lui-même des articles ? Oui Non Si oui, combien /mois ?

- L'interne a-t-il des présentations orales à faire dans le service ? Oui Non Si oui, combien /semestre ?

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

Autres Réunions (préciser) :

-	Combien /mois ?
-	Combien /mois ?
-	Combien /mois ?
-	Combien /mois ?

Les activités quotidiennes de l'interne sont-elles compatibles avec :

- La présence aux séances d'enseignement institutionnel (séminaires de DES, réunions inter-régions ...) : Oui Non
- La participation à un travail de recherche : Oui Non
- La préparation d'une thèse, d'un article ou d'une communication : Oui Non
- Les participations aux travaux et autres sont-elles proposées aux internes ? Oui Non

Avez-vous la possibilité d'encadrer un interne débutant son 1er stage ? Oui Non

Avez-vous déjà encadré des thèses d'exercice et mémoires d'internes ou des publications internationales faites par des internes au cours des 5 dernières années?

Si oui combien ? 1 2 3 4 5 plus de 5

Organisez-vous des réunions ou consultations multidisciplinaires ? Oui Non

Le service a-t-il une thématique de recherche autonome (si oui, précisez) : Oui Non

Le service participe-t-il aux programmes de recherche de la société savante de la discipline ou aux réseaux de prise en charge des maladies rares ? Oui Non

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES et Remarques éventuelles (modifications récentes d'organisation du Service, innovations pédagogiques ...):

Empty space for providing additional information and remarks.

**Tampon et signature du Responsable
Pharmaceutique/Responsable de service**

Empty space for stamp and signature of the Pharmaceutical/Service Responsible.

Tampon et signature du Responsable de Pôle/Service

Empty space for stamp and signature of the Pole/Service Responsible.

le _____

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

CONCLUSION DE LA VISITE D'AGREMENT

Date de la visite :

ÉVALUATION

	A	B	C	D
- Organisation du service / département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Conditions de travail des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Projet de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Activité d'enseignement et de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Activité de l'interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avis des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Evaluation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEMANDE D'AGRÉMENT

3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES PHARMACIE HOSPITALIERE

Agrément à partir de Novembre 2020

Dossier complet à retourner avant le 6 avril 2020

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL

Agrément pour 5 ans

Agrément pour 1 an

Phases	Options précoces	Avis favorable	Avis défavorable
Phase socle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phase d'approfondissement	PHG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DSPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phase de consolidation	PHG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DSPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTIF(S) DU REFUS

Dossier insuffisamment motivé

Encadrement insuffisant dans le service

Activité insuffisante du service au titre de la spécialité

Service ne répondant pas aux critères de formation retenus pour la spécialité

Service très spécialisé et, de ce fait, insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle est sollicité l'agrément

Autre, précisez dans le commentaire libre :

(Date / Signature / Tampon)