

## QUESTIONNAIRE AGREMENT

### Services de Biologie Médicale formateurs d'Internes de Biologie Médicale

Cette fiche d'information ne concerne que le domaine de la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

Pour chaque agrément et chaque phase, un questionnaire doit être soumis.

Lorsque vous renouvez l'agrément principal du service, chaque agrément complémentaire doit faire également l'objet d'une demande de renouvellement sinon l'agrément sera perdu.

Seuls, les dossiers complets feront l'objet d'un passage en commission.

Contact : [medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr](mailto:medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr)

#### IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Nature : ☐ CHU ☐ CH ☐ ESPIC ☐ Etablissement privé autre que d'intérêt collectif  
☐ Autre (préciser : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postale / commune : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

(merci de renseigner les affaires médicales)

#### IDENTIFICATION DU SERVICE

Intitulé du Service : .....

Numéro OPPI (si connu) : .....

Nom du Responsable du terrain de stage qui sera agréé : .....

Courriel du Responsable du terrain de stage : .....

Téléphone du Responsable du terrain de stage : .....

#### AGREMENT DEMANDE

Spécialité pour laquelle l'agrément est demandé : **BIOLOGIE MEDICALE**

Agrément demandé à titre : ☐ Principal ☐ Complémentaire

☐ Première demande ☐ Renouvellement

Phase demandée (une seule réponse au choix) : ☐ P1 (Phase socle)  
☐ P2 (Phase d'approfondissement)

Option(s) demandée(s) (cocher le ou les cases) :

☐ Médecine moléculaire – Génétique – Pharmacologie/Toxicologie - Biochimie : .....

☐ Hématologie - Immunologie

☐ Agent infectieux

☐ Biologie générale

☐ Biologie de la reproduction

(Cf : Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du et l'arrêté du 21 avril 2017)

## 1. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

- Nombre d'actes réalisés / semaine : .....
- Nombre de dossiers/semaine : .....
- Nombre d'UF : .....
- Pour les structures non hospitalières, description de l'organisation du service :  
.....  
.....  
.....
- Nombre de plages de consultations possibles / semaine pour les internes : .....
- Nombre de postes d'Internes aux 2 semestres précédents : DES phase socle : .....  
DES phase d'approfondissement : .....

## 2. ENCADREMENT

La désignation du référent pédagogique responsable de la supervision étant obligatoire, merci de préciser :

- Nom(s) et qualification du (des) référent(s) pédagogique(s) du service : .....
- Adresse e-mail : .....
- Téléphone mobile : .....
- Nombre de médecins temps plein titulaires de la spécialité (qualification ordinale) participant effectivement à l'encadrement :  
PU-PH : ..... MCU-PH : ..... PHU, CCA ou AHU : .....  
PH (si hors CHU, préciser les titres universitaires, par exemple ancien CCA, ancien AHU...) : .....
  - Médecins temps partiel participant à la formation des Internes DES de la spécialité (préciser) :  
.....  
.....
  - Autres : .....
  - Pour les structures non hospitalières :
    - Nombre et spécialité des médecins à temps plein : .....
    - Nombre et spécialité des médecins à temps partiel : .....
    - Autres personnels de santé : .....

## 3. ACTIVITES ANALYTIQUES DANS LE SERVICE

*(joindre fiche de poste de l'interne si possible)*

- Description des secteurs d'activité analytique et par secteur description :
  - Des principaux diagnostics réalisés
  - Des principales techniques utilisées pour ces diagnostics
  - Des principaux équipements
  - Et du rôle de l'interne

Diagnostic	Techniques	Principal équipement	Fonctions de l'interne en phase Socle	Fonctions de l'interne en phase d'approfondissement
Secteur X				
Secteur Y				
Secteur Z				

- L'Interne est-il amené à participer aux différents secteurs d'activité : ☐ OUI ☐ NON
- L'Interne est-il amené à participer à la validation biologique : ☐ OUI ☐ NON
- L'Interne est-il amené à communiquer des résultats dans les autres services hospitaliers : ☐ OUI ☐ NON
- L'Interne est-il amené à participer à la démarche qualité : ☐ OUI ☐ NON

#### EN TRANSVERSE DANS LE PÔLE

- Nombre de gardes par mois : .....
- Rôle de l'interne durant cette période de garde :.....  
.....  
.....  
.....
- L'Interne est-il amené à communiquer des résultats dans les autres services hospitaliers : ☐ OUI ☐ NON

#### 4. FORMATION GENERALE

- Existe-t-il une formalisation des compétences pratiques à acquérir durant le stage ? (arrêté du 27 nov. 2017) ☐ OUI (à joindre) ☐ NON
- Existe-t-il une formalisation des connaissances théoriques à acquérir durant le stage ? (arrêté du 27 nov 2017) ☐ OUI (à joindre) ☐ NON
- Pour encadrer cette acquisition des connaissances :
  - Existe-t-il un enseignement théorique « sur site » : ☐ OUI ☐ NON
  - Si oui : nombre d'heures dispensées par semaine : .....

#### Evaluations :

Mode d'évaluation des compétences acquises par les Internes durant le stage :.....  
.....

Mode d'évaluation des connaissances acquises par les Internes durant le stage :.....  
.....

- Staffs et réunions :
  - L'interne participe-t-il à des réunions de discussion de dossiers dans le service ou lors de Staff multidisciplinaire ? ☐ OUI ☐ NON
  - Périodicité : .....
  - L'interne participe-t-il à des réunions bibliographiques dans le service ? ☐ OUI ☐ NON
  - Périodicité : .....
  - L'interne est-il amené à faire des exposés théoriques en réunion ? ☐ OUI ☐ NON
  - Périodicité : .....
- Accès bibliographie par Internet : ☐ OUI ☐ NON
- Accès à la salle de travail-bibliothèque dans le service : ☐ OUI ☐ NON
- Respect du temps de travail de l'interne sur le TRIMESTRE à savoir :
  - 8 demi-journées de présence hospitalière (calculées par la somme des présences dans le service et des obligations de garde) ? ☐ OUI ☐ NON
  - 1 demi-journée de formation académique ? ☐ OUI ☐ NON
  - 1 demi-journée de formation personnelle ? ☐ OUI ☐ NON
  - Repos de sécurité légal post-garde ? ☐ OUI ☐ NON
- Réalisation d'un tableau trimestriel du temps de travail de l'interne en accord avec le dernier décret sur le temps de travail de l'interne ? ☐ OUI ☐ NON

**5. RECHERCHE (Préciser : clinique / épidémiologique / fondamentale)**

- Participation de l'interne DES aux projets de recherche clinique ? ☐ OUI ☐ NON
  - Le service est-il membre d'une équipe de recherche (préciser) ? ☐ OUI ☐ NON
- 
- Participation de l'Interne DES de spécialité aux travaux de l'équipe ? ☐ OUI ☐ NON
  - Publication envisagée au cours ou à l'issue du choix ? ☐ OUI ☐ NON
  - Nombre d'Internes en doctorat sur les 2 ans précédents : .....

**6. NOMBRE SOUHAITE D'INTERNES DES POUR LE SERVICE (à compléter obligatoirement) :**

Nombre maximum : ...

**7. INFORMATIONS SPECIFIQUES PERTINENTES CONCERNANT LE DOMAINE DE LA SPECIALITE.** Bien distinguer les activités de routines des activités de recherche.



**9. PROJET PEDAGOGIQUE spécifique de la spécialité pour lequel l'agrément est demandé (nombre de pages illimité)**

