

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

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

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 ordinaire) 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.

8. PUBLICATIONS de l'équipe hospitalière au cours des trois dernières années (distinguer les publications de recherche, les présentations à des congrès, les publications didactiques).

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

10. Fait le .../.../.....

Nom et signature du chef de service
ou du responsable de la structure d'accueil (tampon) :

11. CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Nom du Coordonnateur du DES / FST / Option:

Avis : Favorable Défavorable (à motiver obligatoirement ci-dessous)

Fait le .../.../..... Signature du coordonnateur (tampon) :