

FORMULAIRE D'AGREMENT

Services formateurs d'Internes DES de Spécialités

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.scolarité.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 :

Agrément demandé à titre : Principal Complémentaire

Première demande Renouvellement

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

FST (Formation Spécialisée Transversale) :

Option :

1. ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

- Nombre d'Unités Fonctionnelles :
- Nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle :
- Hôp. de Semaine (nombre de lits) : Hôp. de Jour (nombre de places) :
- Unité de soins intensifs dépendant du service (O/N) : Nombre de lits :
- Pour les structures non hospitalières, description de l'organisation du service :
.....
.....
.....
- Participation de l'interne DES de la spécialité à la continuité de service de week-end (préciser) :
.....
.....
- Nombre de plages de consultations possibles / semaine pour les internes :
- Nombre de postes d'Internes aux 2 semestres précédents : DES médecine générale :
DES autres spécialités :

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 DE SOINS

- Participation du Service à : un Département une Fédération
- Principales pathologies prises en charge dans le service (utiliser par exemple les GHM) :
.....
.....
- Nombre de lits HC, HS, HJ, dont l'interne DES de la spécialité est responsable :
- Nombre de visites hebdomadaires avec senior :
- Nombre de plages de consultations mensuelles de l'Interne :
avec un senior : pluridisciplinaires : en autonomie complète (supervisée) :
- L'Interne est-il amené à donner des avis spécialisés dans les autres services hospitaliers :
 OUI NON

- Nombre de gardes par mois :
- Existe-t-il une garde de spécialité ? OUI NON nombre par mois :
- L'interne DES médecine générale doit-il participer à cette garde de spécialité ? OUI NON
- Existe-t-il une astreinte de spécialité ? OUI NON nombre par mois :
- L'interne DES médecine générale doit-il participer à cette astreinte de spécialité ? OUI NON

- Participation de l'interne DES de la spécialité à des interventions diagnostiques ou thérapeutiques spécialisées (rédiger en annexe I si nécessaire)
- Type :
 avec senior seul
- Participation de l'interne DES de la spécialité à des explorations fonctionnelles ou d'imagerie réalisées dans le service (rédiger en annexe I si nécessaire)
- Type :
 avec senior seul
- Pour les services de chirurgie : participation de l'interne DES aux activités opératoires (préciser)
 OUI NON

4. FORMATION GENERALE

- Existe-t-il un livret d'objectifs de formation pour les DES de spécialités (à joindre) ? OUI NON
- Pour les CHU : Chaque Interne a-t-il un senior référent pour l'ensemble du cursus ? OUI NON
- Staffs :
 - Staff "malades" du service : périodicité ?
 - Staff multidisciplinaire : périodicité ?
 - Staff bibliographie et analyse d'articles : périodicité ?
 - Staff d'enseignement (interventions de l'Interne) : 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
- Possibilité de participation des internes DES de la spécialité à des congrès (préciser) ? OUI NON
- Possibilité de participation à des RCP, des revus de dossiers, à une démarche qualité (audits cliniques, revue de pertinence des soins, revues de morbi-mortalité, ...) ? OUI NON
- Possibilité de participation à un Programme d'Education Thérapeutique ? OUI NON
- Nombre d'interne DES de la spécialité ayant fait un choix d'Inter-CHU au cours des 2 ans précédents :
- Nombre d'interne DES de la spécialité inscrits en DU ou DIU au cours des 2 ans précédents :
- Mode d'évaluation des compétences acquises par les Internes durant le stage :

